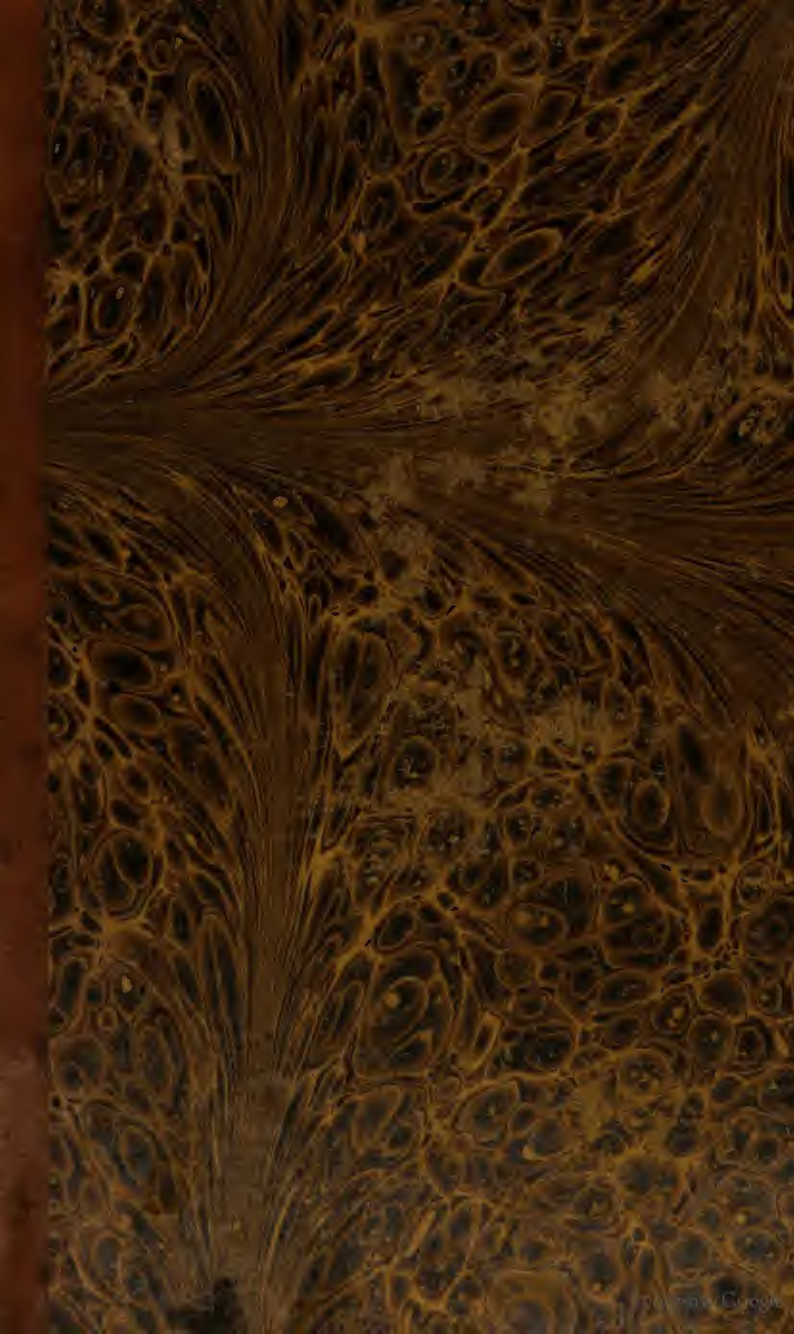


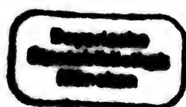


ARCHIVES

MÉDICALES

DE STRASBOURG.





ARCHIVES

MÉDICALES

DE STRASBOURG,

PUBLIÉES

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

TOME DEUXIÈME.

STRASBOURG,

DERIVAUX, LIBRAIRE, RUE DES HALLEBARDES, 23.

PARIS,

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13 *bis.*

1836.

STRASBOURG, IMPRIMERIE DE G. SILBERMANN.

Fragmens de topographie et de statistique médicales de l'année 1833, par THÉOD. BŒCKEL, docteur-médecin.

(SUITE ET FIN.)

CHAPITRE II.

Hygiène publique.

L'hygiène publique comprend la police médicale et la salubrité publique.

Je passe sous silence ce qui a rapport à la police médicale, attendu qu'il y a beaucoup de personnalités, des listes de noms, en général des choses peu scientifiques et qui n'ont qu'un intérêt local. Ce chapitre a fait d'ailleurs le sujet d'un rapport au conseil de salubrité.

J'en viens de suite à la salubrité publique.

Salubrité publique.

Les rues de Strasbourg ne se distinguent point par une extrême propreté. Je reconnais à cela trois raisons :

1° L'imperfection du balayage public et de l'enlèvement des boues, et l'insuffisance des moyens affectés à ce but ;

2° Le sable terreux, friable dont on couvre en trop grande masse les nouveaux pavages ; sable que la pluie et le moindre broiement réduisent trop facilement en boue ;

3° Le manque d'harmonie dans le curage qui est à la charge des particuliers, l'insouciance des uns et l'ineptie des autres, quant à l'accomplissement de cette besogne, et le peu de rigueur de la police à cet égard.

Les habitations des pauvres sont en général peu salubres. Il est rare de trouver des logemens qui ne soient pas humides. Rien de plus triste, par exemple, que de voir les logemens de derrière de la maison n° 15, rue d'Argile; n° 8, même rue; n°s 2 et 3 de la rue de Schnurr; toute la maison n° 16 de la rue du Foulon; le derrière de la maison 107, Grand'rue. En général, tout le triangle du canton Ouest compris entre la Grand'rue, la rue du Jeu-des-Enfans et le Fossé-des-Tanneurs, contient un grand nombre d'habitations humides, sombres et très-peu salubres.

Les faubourgs étant plus aérés, parce que les maisons y sont plus clairsemées, présentent plus rarement ces inconvéniens.

Il n'y a guère d'eau stagnante dans le canton; les nouvelles constructions sur l'emplacement de l'ancien Faux-Rempart et la chasse donnée aux eaux du Fossé-des-Tanneurs, éloigneront les causes d'insalubrité qui pouvaient exister dans ces lieux. On s'est beaucoup récrié l'été passé sur la stagnation des eaux dans ces deux canaux, par suite de constructions. Ce blâme n'était point fondé quant au nouveau canal. Il pouvait l'être quant au Fossé-des-Tanneurs, en ce qu'il reçoit beaucoup d'immondices, et en ce sens encore qu'on aurait dû y hâter les constructions, et principalement les faire en sorte de ne pas être obligé d'y revenir, afin que la stagnation inévitable des eaux ne durât pas plus long-temps qu'il ne fût rigoureusement nécessaire. Néanmoins, nous n'avons remarqué aucune influence nuisible sur la population des quartiers qui bordent ce canal, qui a besoin de fréquentes chasses et de curages, pour que ces eaux croupissantes ne donnent pas lieu à des émanations malfaisantes.

Les inondations qui ont eu lieu au mois de décembre, tout en écartant quelques causes de maladies en ce qu'elles purgent les eaux stagnantes, ne laisseront pas de nous donner des fièvres intermittentes, maladie qui est devenue presque rare depuis un an.

Je n'ai rien à dire sur les cimetières; les fosses, autant que j'ai pu m'en assurer, sont creusées assez profondément, et elles ne sont pas non plus renouvelées à un intervalle de moins de cinq ans, ainsi que le veut l'art. 3 de l'arrêté du 31 octobre 1810.

Les vêtemens dont se servent les Strasbourgeois pourraient être plus en harmonie avec l'inconstance et la sévérité de leur climat.

Une bonne chaussure de pieds est indispensable, les pauvres en manquent; l'usage des sabots en bois n'est pas assez répandu, il garantirait bien de l'humidité. La laine devrait faire une partie intégrante de tous leurs vêtemens, même en été, où le temps est le plus souvent aussi inconstant qu'en hiver.

Les femmes, et les filles surtout, seraient moins sujettes aux catarrhes chroniques, si elles garantissaient mieux le cou et la poitrine, et si la chaussure de leurs pieds était plus solide.

On habitue trop les enfans à porter des bonnets de laine. Ils se couvrent en général trop chaudement la tête.

La nourriture principale des habitans pauvres du canton est la pomme de terre et le pain, quelquefois de la viande; la boisson principale, de la bière ou du mauvais vin.

Cette année, la pomme de terre a été bonne et peu chère, le pain à bon marché; la salade et quelques autres végétaux ont également réussi et n'ont jamais été d'un prix élevé, en sorte que les pauvres ont pu varier la nourriture. Tout cela a eu une heureuse influence sur la santé.

Nos habitans feraient mieux de boire uniquement de la bière, ceux du moins qui ne peuvent se procurer du vin de bonne qualité.

On conçoit que dans des années moins propices (l'ouvrier en outre a toujours eu du travail), et lorsque le peuple est réduit à ne manger que de mauvaises pommes de terre et du pain cher, sa santé doive en souffrir. C'est sur les enfans surtout que nous voyons alors les mauvais effets du régime alimentaire, et principalement si l'été a été peu propre à mûrir les fruits.

On ne boit pas de cidre; les vins pour les pauvres sont assez acides, sans être absolument frelatés.

L'usage de l'eau-de-vie est assez répandu parmi nos ouvriers, au grand détriment de leur santé; ils prennent cette liqueur le matin à jeun. Il est rare que ceux qui s'y adonnent ne finissent par avoir des catarrhes chroniques qui les amènent à une mort prématurée.

Nos gens font un grand abus de vin; il n'est presque pas de malade qui, avant l'arrivée du médecin, n'ait déjà tenté de se guérir par du vin. On en gorge même les plus petits enfans dans la vue de leur faire du bien. C'est contre cette habitude funeste que nous avons le plus à lutter chez les pauvres. C'est là une cause principale de la gravité et de l'issue funeste d'un grand nombre de maladies d'enfans.

Le café, dont jeunes et vieux font une consommation énorme, n'est pas non plus propre à conserver intacte la

santé, ne serait-ce que parce que les boissons chaudes, prises en grande quantité, ne valent rien à la santé.

Sous le rapport des occupations, des travaux ou des états que professe la population du canton, on peut distinguer :

1° Les *journaliers ordinaires*, dont le travail, bien qu'il puisse varier, se borne ordinairement à des transports de terrains, des constructions de digues, des creusemens de fossés, etc. Ils travaillent beaucoup à l'eau. Néanmoins, s'ils gagnent, c'est-à-dire s'ils ne souffrent pas de la misère, on les voit peu malades. L'année 1833 l'a prouvé.

2° Les *journaliers de jardiniers* ou *garçons jardiniers*. Ils sont uniquement occupés aux travaux des champs, et sous ce rapport dans la catégorie des gens de campagne. C'est parmi eux qu'on voit le plus de pleurésies et de pneumonies. Ce sont ordinairement des sujets vigoureux, bien nourris (ils ont la table du maître), ayant un travail assez pénible, dès trois ou quatre heures du matin, en hiver même quelquefois, où ils sont occupés à battre les grains.

3° *Vidangeurs*. Classe d'hommes pauvres, misérables, au teint blême, sujets aux maladies par suite de l'irrégularité dans leur manière de vivre. Ils veillent la nuit, ils dorment une partie du jour; ils sont adonnés à l'eau-de-vie et au vin. Ils travaillent dans un air méphytique, et toujours dans des courans d'air. Les catarrhes chroniques leur sont propres, et quelquefois il leur arrive des accidens, comme par exemple d'être asphyxiés, etc.

4° *Garçons tanneurs*. Jeunes sujets forts, aux mœurs rudes et grossières, peu malades, si ce n'est par suite d'excès de tous genres. La bière est leur boisson favorite.

C'est parmi eux et les vidangeurs qu'il y a le plus de rixes. Chez les premiers, c'est un effet de la pétulance de l'âge, de la constitution et de l'effervescence de la bière; chez les seconds, les voies de fait sont dues à l'eau-de-vie, au vin et à la jalousie de métier qui leur est propre.

5° *Tisserands.* Profession la plus répandue dans le canton Ouest. Êtres malheureux. Le métier leur donne à peine de quoi vivre. Accroupis sur un siége, lançant la navette du matin au soir dans des souterrains humides, vous voyez dans leurs yeux caves, leur figure pâle, leur poitrine plate, enfoncée, leur respiration gênée, l'image vivante de la phthisie. Peu d'entre eux échappent à cette maladie. Qu'ils prennent de l'eau-de-vie, et leur mort est certaine.

Leurs enfans sont presque sans exception scrophuleux ou rachitiques. C'est parmi les tisserands que j'ai eu le plus de malades.

6° Les *tailleurs de pierre.* Autre gent malheureuse et en proie à une mort prématurée. Leurs maladies, quoique se terminant de la même manière que celles des tisserands, commencent différemment. Chez ces derniers, c'est par un engorgement glandulaire que débute la maladie, vraie phthisie tuberculeuse; chez les premiers, par un farcissement bronchique et des hémoptysies presque au début de la maladie.

7° J'ai parmi mes pauvres beaucoup de cordonniers. Il n'est pas rare de les voir mourir de maladies pulmonaires; mais il m'a semblé que l'affection du poumon était le plus souvent secondaire, et que le mal prenait son origine dans le foie. L'hépatite chronique en effet n'est pas rare chez eux.

8° Enfin, je pourrais peut-être mentionner une dernière industrie, celle des juifs, dont la vie est une ambulance perpétuelle. Ce n'est pas tant par leurs occupations qu'ils

sont sujets à des maladies particulières, que par la malpropreté, la manière de vivre et leurs habitations chétives. Mangeant force fromage dans l'état de putréfaction, changeant rarement de linge, logeant dans les réduits humides et sombres des quartiers qui avoisinent le Fossé-des-Tanneurs, ce sont la gale et les maladies scrophuleuses qui dominent chez eux.

Les occupations principales des femmes pauvres, à part le ménage, dont elles ne s'occupent pas trop en général, sont : le filage, la couture, le tricotage et le travail à la préparation des tabacs.

Le filage des étoupes pour la toile d'emballage occupe tout un quartier du canton, qui pour cette raison même porte le nom de *Place des Étoupes,* au bout de la rue du Demi-Toit.

La couture rapporte plus que le tricot et la rouette. Elle est exercée par les filles, ainsi que le tricot des bourses à petites perles en verre, pour lesquelles l'Amérique fait de grandes commandes, et qui fait vivre des familles entières, principalement quelques familles israélites.

Les couturières, qui ont des mœurs un peu dissolues, souffrent en grande partie d'aménorrhée, de chlorose, et par suite souvent, d'hémoptysie et de phthisie.

Les femmes et les filles qui travaillent aux tabacs (les habitantes de la rue de la Soupe-à-l'Eau sont presque toutes de ce nombre) ont souvent des affections inflammatoires aiguës, des fièvres rhumatismales et catarrhales, parce qu'elles sont exposées à des courans d'air et à la poussière du tabac.

Le médecin du canton Ouest visite annuellement à peu

près 425 décédés. La loi distingue entre l'*ensevelissement* et l'*inhumation* ou enterrement.

L'ensevelissement, c'est-à-dire le dépouillement des vêtemens dans lesquels la mort a surpris un individu et le revêtement des habits mortuaires, ne doivent avoir lieu qu'après que le médecin a constaté le décès, ce qui doit se faire dans les douze heures qui suivent la mort. Avant ce terme, on ne doit pas toucher au cadavre. Cette précaution n'est point observée. Les parens sont ordinairement pressés d'habiller leurs morts, par différentes raisons, entre autres, par la raison que le cadavre se raidit et ne peut plus être manié. Généralement, on n'annonce que beaucoup trop tard au médecin cantonal les décès. Quelquefois enfin, il arrive aussi que le médecin ayant déjà fait ses visites dans un quartier éloigné, ne peut y retourner assez tôt à cause de besognes plus urgentes.

Par toutes ces raisons, il arrive que les morts sont déjà ensevelis quand nous les voyons. S'il peut y avoir des inconvéniens graves à cette manière d'agir, dans les cas d'assassinat par exemple, cas rares que nous pouvons plus ou moins présumer par les circonstances et le caractère des individus, il y a d'un autre côté un avantage à ne voir les morts que le plus tard possible, parce qu'il n'y a de signe bien certain de mort réelle que la putréfaction.

L'inhumation ne se fait jamais avant les vingt-quatre heures (le plus souvent après trente-six ou quarante heures), à moins que les israëlites, qui, comme on sait, se hâtent d'enterrer leurs morts, ne trompent la foi des employés de la mairie, en déclarant l'arrivée du décès plutôt qu'il n'a eu lieu, et en raccourcissant ainsi le terme de l'inhumation.

Un autre devoir des médecins cantonaux, et ce n'est

pas le moins pénible, est celui de visiter les filles publiques. Ces visites se font de deux manières. Celles de ces filles qui ont plus d'aisance, ont le privilége de se faire visiter au domicile du médecin, moyennant une rétribution de trente sous, dont le commissaire de police perçoit le tiers pour la peine qu'il a de recevoir l'argent. Vous voyez qu'il y a partout des priviléges : j'ignore d'où date celui-là !

Les autres de ces filles, en beaucoup plus grand nombre, sont visitées une fois par mois, le 15 ou le 25. Ces visites se font à l'hôpital.

Les filles visitées à domicile le sont par le médecin respectif du canton. Leur nombre s'élève, dans le canton Ouest, à douze ou quinze.

Quant aux autres, l'un des quatre médecins cantonaux de la ville se charge pour tout le mois, et pour les filles de toute la ville, de cet examen dégoûtant; en sorte que chaque médecin jouit d'une vacance de trois mois pour les grandes visites, qui ensemble donnent le chiffre de 80 à 100 par mois.

Trois à quatre sont trouvées par mois atteintes de syphilis confirmée. Elles sont de suite dirigées sur l'hôpital. Un plus grand nombre vient se présenter spontanément avant les visites, pour réclamer l'entrée à l'hôpital. Le chancre est la maladie la plus commune; les bubons se voient plus rarement comme de raison. Les écoulemens, souvent suspects, ne donnent pas lieu à une sequestration, à tort selon nous. Un certain nombre de filles publiques ont des prolapsus utérins ou vaginaux.

J'ai fait 272 vaccinations en 1833, et 1412 depuis la fin de 1828.

Sur ce nombre, il faut déduire une soixantaine qui ne

sont pas du canton. Or, comme les naissances sont au nombre de 425, terme moyen par année, et que sur ce nombre il faut déduire 100 enfans environ qui meurent avant l'âge où les mères ont coutume de faire vacciner les enfans (de six à neuf mois), il s'en suit que j'ai vacciné annuellement plus des deux tiers des enfans nés dans ce canton.

J'ai l'habitude, depuis quelque temps, de faire, sur un bras du moins, un assez grand nombre de pustules (six) un peu rapprochées, afin de provoquer par là une plus forte réaction, et même s'il est possible, une fièvre primitive. J'ai observé plusieurs fois cette fièvre vers le cinquième ou le sixième jour. Souvent je n'ai pas remarqué de fièvre secondaire ou de suppuration; dans l'un et l'autre cas, l'absence ou la présence de ces mouvemens organiques ne m'a point paru influer sur la formation normale du bouton vaccinal. Cependant, je crois que si tout l'organisme prend part à la réaction du vaccin, il pourra être plus sûrement préservé de la variole ou de ses sœurs, les varioloïdes. Je n'ouvre jamais tous les boutons, je ne sais si à tort ou à raison. Les fossettes ou points au fond de la cicatrice, et que M. Eichhorn donne comme signe caractéristique d'un bon vaccin préservatif, me paraissent une chimère, de même que l'existence nécessaire d'une fièvre primitive.

Les médecins cantonaux visitent tous les ans, au printemps, les dépôts pour les noyés et asphyxiés. Il y a dans le canton Ouest quatre dépôts, dont l'un *extra-muros*, à l'ancienne île Weiler, faisant partie aujourd'hui du jardin Bourdon. Les autres se trouvent le long des nouveaux quais.

Je ne sais si la pompe à double piston, qui est de

M. Meunier, si je ne me trompe, est vraiment d'une grande utilité. J'en doute, attendu qu'il n'est pas très-facile de l'appliquer. Les objets qui se trouvent dans les boîtes m'ont paru suffisans et généralement en bon état. Je n'ai point eu occasion de m'en servir en 1833, ni même pendant tout le temps que j'ai été médecin cantonal.

Les médecins cantonaux visitent une à deux fois par semaine les salles d'asile dans des vues hygiéniques, et afin de signaler les maladies contagieuses qui pourraient s'y déclarer.

Cette année-ci, il y a eu parmi ces enfans une vraie épidémie d'ophthalmie catarrhale et rhumatismale, compliquée le plus souvent d'ophthalmie scrophuleuse; cependant ces affections n'offraient aucune gravité. Elles sont dues principalement à la négligence, à la misère et au temps froid, humide. Pour remédier à cette affection, on a tâché de procurer une bonne chaussure à ces petits êtres intéressans.

La gale est très-rare dans les salles d'asile, parce qu'on tient à beaucoup de propreté.

CHAPITRE III.

Thérapeutique publique.

Le devoir principal imposé aux médecins cantonaux de la ville est celui du traitement gratuit des pauvres.

Les médecins cantonaux de la ville sont tenus de traiter gratis tous ceux qui présentent des billets d'indigence dé-

livrés par le commissaire de police du canton. Ces billets d'indigence se donnent assez arbitrairement et à peu près sans règle fixe. J'ai déjà proposé une fois, pour obvier aux délais inévitables, de faire dresser, avec le concours des inspecteurs des pauvres, des commissaires et des médecins, des listes de pauvres. Alors, tous ceux qui se trouveraient sur cette liste, obtiendraient le médecin et les médicamens gratis, ou bien on ferait deux catégories, dont l'une, renfermant les plus pauvres, donnerait droit aux deux bienfaits, et dont l'autre n'accorderait que le médecin.

Le traitement gratuit des pauvres est de deux espèces : il y a les consultations gratuites et les visites de malades à domicile.

Les consultations gratuites ont eu lieu tous les jours à deux heures. Terme moyen, j'ai compté 25 malades par jour dans mes consultations.

Quant aux visites à domicile, j'ai eu terme moyen, 15 visites à faire par jour, dont une parfois *extra-muros,* parce que mon canton s'étendait fort loin.

Si nous considérons les maladies de 1833 en général, nous remarquons d'abord qu'il y a eu peu de malades cette année, près d'un tiers de moins qu'en 1832.

La mortalité n'a pas été beaucoup moindre pour cela, c'est-à-dire que sur un plus petit nombre de malades il y a eu presque autant de morts en 1833. En 1832, il y a eu un treizième de plus de décès qu'en 1833. Donc, ce que les maladies ont perdu en extension, elles l'ont gagné en intensité, et la somme du mal a pour ainsi dire été la même.

Quelle est la cause du peu de malades ? et quelle est la cause de l'égale mortalité ?

La première cause, je la cherche dans l'aisance dont a joui en général la population de Strasbourg, et en particulier la classe indigente. La diminution de la misère, le travail égal et constant ont produit cet heureux résultat.

Quant à la deuxième cause, je ne la connais pas; c'est sans doute une loi inexorable de la nature qui veut cette compensation, qui se remarque aussi ailleurs.

Nous avons quatre maladies endémiques propres à notre pays comme à tous les pays qui sont dans les mêmes conditions topographiques, savoir: les fièvres intermittentes, la fièvre catarrhale rhumatismale, la maladie scrophuleuse et la phthisie, qui souvent est le résultat de ces deux dernières.

Depuis plus d'un an déjà, les fièvres intermittentes sont devenues beaucoup plus rares parmi nous, sans qu'on puisse trouver dans un changement de climat ou d'autres circonstances extérieures la raison de ce fait. Serait-ce peut-être l'aisance ci-dessus signalée?

Les conditions atmosphériques ont été cette année-ci particulièrement favorables au développement de la fièvre catarrhale rhumatismale. Mais pourquoi cette disposition s'est-elle, plus qu'à l'ordinaire, étendue aux yeux? Je l'ignore.

Les alimens, les habitations et l'hérédité sont pour beaucoup dans la propagation des scrophules et de la phthisie.

Nous n'avons point eu de maladies vraiment épidémiques. Je ne puis du moins pas compter parmi les maladies épidémiques cette grippe, qui est notre fièvre catarrhale rhumatismale endémique. Ou faut-il compter la scarlatine et la variole au nombre des maladies épidémiques? Ne sont-elles pas plutôt dans la catégorie des

maladies contagieuses? La scarlatine toutefois est presque endémique chez nous, et je ne puis pas lui reconnaître un caractère décidément contagieux ou l'envisager comme se propageant uniquement par contagion. Il serait même difficile d'appuyer solidement cette assertion relativement à la variole, souvent il a été impossible de suivre les traces de son origine. Si ces maladies sont contagieuses, elles le sont à distance, et exigent pour leur développement une disposition toute particulière dans l'individu affecté, ou d'autres conditions qui nous sont encore inconnues.

La gale et la syphilis sont les deux seules maladies à contagion fixe. L'une et l'autre ne sont que trop répandues parmi notre population.

Y-a-t-il des maladies propres aux pauvres? d'exclusivement propres? Non. Mais si nous considérons les plus fréquentes, nous trouverons que ce sont, pour les enfans, les maladies scrophuleuses et l'hydrocéphale; et pour les adultes, les affections catarrhales gastriques.

La fréquence de l'hydrocéphale et des convulsions des enfans réside positivement en partie dans l'éducation physique vicieuse des enfans. Ces mêmes causes agissent dans le développement des scrophules.

L'intempérie du climat et l'intempérance des hommes expliquent les maladies des adultes.

Les maladies mentales ne sont pas plus fréquentes ici qu'ailleurs, peut-être moins que dans la capitale.

Il y a peu d'aveugles et peu de sourds-muets.

J'ai eu à traiter pendant l'année 1833, 1313 malades pauvres. C'est du moins là le nombre de ceux que j'ai notés, par conséquent le nombre des maladies plus ou moins sérieuses. Les trois-quarts environ ont été vus à domicile.

Les 1313 sont répartis de la manière suivante : *Adultes*, 945, dont 330 hommes et 615 femmes; *enfans*, 325; *variolés*, dont la répartition sera racontée plus bas, 43. Total, 1313 malades.

Voici le genre des maladies des 1313 malades :

Anévrisme constaté ou présumé, 6 cas traités, dont 2 morts; angine, 10; apoplexie, 6, dont 5 morts; érysipèle de la face, 3; hydrocéphale, 33, dont 20 morts; épilepsie, 9; aliénation mentale, 2; aphthes purs et ulcérations buccales, dont une nomateuse, 7, 1 mort; ophthalmies scrophuleuses, catarrhales et rhumatismales, 48; fièvre catarrhale simple, 76, 2 morts; fièvre catarrhale-rhumatismale (grippe), 103, 1 mort; fièvre rhumatismale simple, 29; arthrite, 26; rhumatismes (otalg. céph. colq., etc.), 33; lumbago, 11; pleurésie inflammatoire franche, 31; pneumonie, 29, 6 morts; hémoptysie, 17; hydrothorax, 9, 8 morts; asthme, dyspnée, oppression, 32, 1 mort; catarrhe chronique, 51, 4 morts; phthisie pulmonaire et laryngée, 119, 21 morts; toux, faux croup, *raucedo*, 54; croup, 6, 2 morts; coqueluche, 18, 3 morts; gastricisme, cardialgie, dyspepsie, 30; diarrhée simple, forte, 18; dyssenterie, 37, 1 mort; entérite inflammatoire, 5, 3 morts; hépatite aiguë et chronique, 13, 2 morts; ictère, 6; hémorrhoïdes, 3; gangrène scrotale (accident), 1, 1 mort; choléra des enfans (ordinaire), 18, 2 morts; hydropisie, 6, 4 morts; catarrhe vésical, 3; maladies de menstruation, 24; chlorose, 6; hystérie, 15; fièvre nerveuse adynamiqne, 34, 7 morts; fièvre quotidienne, 24; fièvre tierce, 12; fièvre quarte, 3; scrophules, 93, 11 morts; rachitiques, 18, 5 morts; maladies nerveuses chroniques différentes, 12; rougeole, 5; fièvre morbillaire, 6; miliaire aiguë, 2, 1 mort; scarlatine, 42, 4 morts;

gale, 27; exanthèmes chroniques (divers), 36; luxation, 2; ustion, 1; variole, 43, 3 morts. Total, 1313 maladies traitées, dont 120 morts; cela fait 1 mort sur 11 malades.

En général, sur les 120 décès il y a eu 24 hommes, donc 1 mort sur 14; 39 femmes, 1 décès sur 16; 57 enfans au-dessous de dix ans, mortalité, 1 sur 6.

Les comparaisons des décès avec les maladies ne prouvent du reste presque rien; car, outre qu'il peut arriver qu'on note une année plus de cas de maladies qu'une autre, par là même qu'on a le loisir de tout faire, outre qu'on peut avoir noté une année des cas peu graves qu'on néglige une autre année; il peut arriver qu'une année il y ait une épidémie peu meurtrière qui fait beaucoup de malades et peu ou point de morts. Dans ces cas donc, la mortalité paraîtra tout à l'avantage du médecin.

Tous ces résultats n'ont donc de valeur qu'autant qu'on a tenu compte de toutes les circonstances, et que les limites sont exactement tracées. Or, je doute fort que cela soit possible à un praticien très-occupé; encore faudrait-il que tous les praticiens s'entendissent sur les noms à donner aux maladies pour que les comparaisons fussent exactes. Dire qu'on perd tel nombre de malades sur tel nombre de cas d'une maladie, est donc chose, selon moi, impossible. Un hôpital tout au plus pourra faire exception à cela, parce que là les individus sont comptés.

Voyons actuellement, d'après le tableau ci-joint, les décès de tout le canton, et la conséquence que nous pouvons en tirer; ils sont au nombre de 404, dont 78 hommes, 107 femmes, 180 enfans au-dessous de dix ans, 39 morts-nés. Total, 404 décès.

Décès de tout le canton.	Janv.	Févr.	Mars.	Avril.	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Octob.	Nov.	Déc.	Total.
Accouchemens laborieux	»	3	1	2	2	1	2	3	1	1	2	1	19
Avortemens	1	1	3	3	2	»	1	1	2	»	1	3	18
Faiblesse d'organisation	»	1	1	1	1	1	1	»	3	3	2	2	16
Femmes mortes en couche	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	4
Métrorrhagie	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Convulsions	1	2	»	»	2	2	3	1	1	2	2	4	20
Hydrocéphale	3	7	4	4	3	5	»	4	1	»	»	1	32
Encéphalite	»	»	»	1	1	»	1	1	»	»	»	»	4
Apoplexie	2	3	3	6	4	1	1	1	»	1	1	1	24
Asthme et anévrisme	2	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	5
Catarrhes chroniques	»	»	1	1	»	1	»	1	»	»	»	1	5
Phthisies pulmonaires et laryngées	4	4	7	7	4	3	5	1	5	5	3	»	48
Paralysie pulmonaire	1	2	1	1	1	»	»	1	1	1	»	1	10
Coqueluche	1	»	»	1	»	»	»	1	3	»	»	»	6
Croup	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4
Hydrothorax	1	2	2	1	1	3	»	»	»	1	»	1	12
Hydropisie	1	»	2	1	1	3	»	1	1	1	1	»	12
Fièvres catarrhales et grippes	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Pneumonies	4	3	1	2	1	»	1	1	2	3	2	»	20
Hépatites aiguës et chroniques	1	»	2	»	»	1	»	1	1	1	1	»	8
Entérites	»	1	»	1	1	»	2	6	1	4	2	1	19
Fièvres nerveuses	»	1	1	»	»	»	»	4	5	1	1	»	13
Manie taciturne, consomption	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Miliaire	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	4
Rougeole	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Scarlatine	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	3	3	8
Varioles	»	»	»	1	1	2	1	1	»	»	»	»	6
Scrophules et rachitisme	4	5	6	2	4	1	2	4	5	3	2	2	40
Tétanos, hernie, carie, cystite, gangrène et submersion	»	1	»	1	»	3	1	»	1	1	1	1	10
Noma	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Cancer stomachique et utérin	»	»	1	»	»	»	»	»	2	2	1	»	6
Vieillesse	1	»	3	2	3	»	4	»	4	2	»	»	19
Dysenterie	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Choléra des enfans	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2
	27	40	43	41	34	23	28	39	40	33	25	26	404

De ces 404 malades qui sont morts, 212 ont été traités par des docteurs-médecins, 44 par des officiers de santé, 75 par des sages-femmes, 73 sont morts sans avoir reçu les secours de l'art. Ensemble, 404 morts.

J'ai donné personnellement des soins à 135 d'entre eux, ce qui fait tout juste le tiers.

Or, comme le canton Ouest a près de 15,000 âmes, il s'en suit que 5000 individus ont été confiés à mes soins, dont 4445 peuvent être estimés indigens, ou ont du moins le médecin gratis. Or, comme j'ai traité, en 1833, 1313 malades indigens, il s'en suit que sur sept individus, *deux* font une maladie par année, ou sur trois et demi, un.

Nous avons déjà vu qu'en 1832 il y a eu plus de décès (433) qu'en 1833 (404); mais il y a eu aussi incomparablement plus de malades.

En 1833, quoique ayant eu moins de décès dans toute l'année, il y a eu plus de morts-nés, près d'un tiers de plus (39 à 31) qu'en 1832; tandis qu'il y a eu beaucoup moins d'enfans morts au-dessus de dix ans en 1833 qu'en 1832, près d'un tiers de moins.

Ainsi, en 1832, moins de morts-nés et plus de décès d'enfans. En 1833, plus de morts-nés et moins de décès d'enfans. Quant aux adultes, la proportion est presque égale; il n'y a qu'une différence de dix cas de décès.

Aussi, si nous comparons les listes des genres de décès des deux années, nous trouvons enfans morts de:

	1832.	1833.
Convulsions	24	20
Hydrocéphale	35	32
Choléra des enfans	6	2
Coqueluche	8	6
Fièvre catarrhale.	6	3
Noma	6	1
	85	64
Report	85	64
Scrophules	63	40
Phthisie	52	48
Rougeole	13	3
Faiblesse d'organisation	20	16
Totaux	233	171

Ainsi, sont morts de ces maladies d'enfans (la plupart des décès de fièvre catarrhale appartiennent à des enfans, ainsi que plusieurs cas de phthisie) 233 individus en 1832, et 171 en 1833.

Or, les chiffres réels des décès d'enfans dans les deux années sont de 237 et 180.

Il est donc évident que la plus grande mortalité de l'année 1832 est due aux maladies des enfans, surtout aux scrophules, à la rougeole et au noma.

Il y a eu jusqu'à un certain point compensation en 1833, par les morts-nés: 39 contre 31; les pneumonies, 20 contre 11; les scarlatines, 8 contre 0; les varioles, 6 contre 0; les hydropisies, 12 contre 8; hydrothorax, 12 contre 9; les entérites et dysenteries, 20 contre 7.

Tout juste la moitié des décès des enfans au-dessus de dix ans appartient à des enfans qui n'avaient pas plus d'un an accompli. Par conséquent il est mort: enfans de 0 à 1 an, 90. Le douzième de tous les enfans seulement est mort entre cinq et dix ans.

Un peu plus d'un cinquième des décès ont eu lieu par suite de maladies aiguës; les quatre autres cinquièmes sont dus à des maladies chroniques.

Mes relevés me donnent en outre 1 mort sur 37 individus en état de santé, tant pour tout le canton que pour les pauvres seulement. Ainsi, la mortalité n'a pas été plus grande parmi les pauvres que parmi la classe aisée. Il en a été autrement en 1832, ainsi que je l'ai prouvé dans le relevé des malades que j'ai fait l'année passée.

J'ai dit plus haut que 5000 individus du canton étaient confiés aux soins du médecin cantonal, c'est-à-dire le tiers de la population. Or, j'ai eu 21 décès par phthisie

pour mon compte, et dans tout le canton, il y en a eu 48. Il y a donc eu comparativement plus de phthisiques dans la classe indigente. La même observation s'applique aux enfans scrophuleux et rachitiques, et à plus forte raison aux cas d'hydrocéphale, puisque dans ma pratique cantonale j'ai eu 20 décès hydrocéphaliques, et il y en a eu seulement 32 dans tout le canton.

Si l'on considère enfin que j'ai eu 7 décès de fièvre nerveuse dans la pratique du canton, et qu'il n'y en a eu que 13 dans tout le canton, on verra que la même remarque s'applique également à cette maladie.

L'inverse a lieu pour l'apoplexie. Je compte 5 décès dans cette maladie, et tout le canton en a 24.

Tout cela se conçoit, et je crois l'avoir suffisamment expliqué dans l'exposé des causes morbifiques qui agissent principalement sur la classe indigente.

Il y a 15,000 habitans dans le canton Ouest, 50 sont morts phthisiques. Par conséquent il y a, sur 300 individus bien portans, un homme atteint de phthisie mortelle.

J'ai eu 120 phthisiques à traiter, dont 20 sont morts; par conséquent il y a eu sur 1 phthisique qui est mort, 6 malades, et sur 50 phthisiques morts dans tout le canton, 300 malades; c'est-à-dire que sur 50 individus bien portans, il y aurait un homme attaqué de phthisie; et, d'après ce calcul, la durée moyenne d'une maladie phthisique serait de six ans, et il y aurait actuellement 300 phthisiques en ville qui mourront tous dans l'espace de six ans.

Le mois de *mars* a été comme toujours le plus meurtrier, 43 décès. Puis sont venus les mois d'*avril*, 41, et *février* 40. Le mois d'*août* est ordinairement meurtrier dans notre climat, ainsi que je l'ai amplement prouvé l'an-

née passée. Cette année-ci aussi, il compte 39 décès. Le mois de *septembre* a fait une exception à la règle ordinaire, il a fourni 40 décès. Les mois de *juin* et de *juillet* se sont montrés avec leur clémence ordinaire, 23 et 28 décès. Le mois d'*octobre* est sous ce rapport généralement semblable au mois de *septembre*. En 1833, il a mieux fait; il n'y a eu que 33 décès, et seulement 25 en *novembre* et 26 en *décembre*, quoiqu'il eût fait très-mauvais temps, et principalement en décembre. Le mois de *janvier* a été peu malfaisant comme toujours, il a eu 27 décès. Le mois de *mai* n'a pas fourni la moindre mortalité en 1833; il y est pour 34 décès.

Je me borne à ces résultats de statistique médicale pour ne pas fatiguer davantage l'attention. Il me reste à dire quelques mots sur la variole.

J'ai noté quarante-deux cas de variole. Ceux du sexe masculin ont été en nombre égal à ceux du sexe féminin. Il y a eu 17 individus de dix à trente ans (1 seul en avait plus), 12 de cinq à dix ans, 7 de deux à cinq ans, 5 au-dessous de deux ans, 1 enfant né avec la variole. Total, 42 individus.

Parmi ces 42 individus, il y en a eu 14 non vaccinés, dont 4 sont morts, et par conséquent 28 vaccinés, dont 1 est mort.

Si l'on déduit des décès des non-vaccinés l'enfant chétif né avec une variole congéniale, et un autre, mort autant par suite d'une maladie scrophuleuse et rachitique que par la variole, il reste 2 décès sur 14 non vaccinés, tandis qu'il n'y a eu qu'un décès sur 28 vaccinés. Encore ce décès d'un individu âgé de treize ans, peut-il être attribué à la négligence, à l'imprudence et à la constitution hectique de l'individu, mort après la fièvre de suppuration.

Il est évident que ces résultats sont très-favorables à la vaccination.

Les deux enfans non vaccinés, morts de variole, avaient tous deux près d'un an.

On voit en outre que les adultes ont été frappés de la maladie en plus grand nombre que les enfans. Cependant il ne faut pas oublier qu'il existe aussi plus d'individus de dix ans et au-dessus, que de dix et au-dessous. La plupart des individus atteints avaient de quinze à vingt-cinq ans, le plus âgé avait trente-deux ans.

Plusieurs de ces varioles ont été confluentes, très-fortes et accompagnées de tous les symptômes de la vraie variole, chez des individus vaccinés et dûment vaccinés, en sorte qu'il m'est impossible d'admettre entre la variole et la varioloïde, une autre distinction que celle relative à l'intensité du mal. Plusieurs fois j'ai vu des marques suivre la maladie chez ces personnes, et même chez des personnes qui avaient eu la petite vérole antérieurement et qui étaient marquées de la première maladie.

J'ai déjà dit quels étaient les mois où la maladie avait eu le plus d'intensité.

A l'énumération que je viens de faire des cas de variole traités par moi, il faut en ajouter d'autres dont je n'ai eu aucune connaissance, malgré l'injonction faite au public et aux médecins d'avertir le médecin cantonal de tous les cas de petite vérole.

Si l'on considère que tout le canton a offert six cas de décès par variole, dont cinq m'appartiennent, il faut en conclure encore que cette maladie aussi a été plus répandue parmi les pauvres ou plus meurtrière. Il n'y a que l'une ou l'autre de ces deux suppositions possible. Je crois la première plus conforme à la vérité.

Souvent j'ai pu suivre les traces de la contagion, mais souvent aussi il m'a été impossible de dévoiler l'origine de la maladie.

J'ai vu enfin plusieurs cas de variole que je n'ai point notés, parce qu'ils étaient tellement légers, que les individus qui en étaient atteints ne réclamaient aucun soin et vaquaient même à leurs affaires.

Érysipèle charbonneux produit par l'immersion dans de l'eau stagnante, privée pendant long-temps du contaet de l'air; observation recueillie par E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine à Brumath (Bas-Rhin).

Le 3 juillet dernier, Jean Herb, cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, sa fille Christine, âgée de vingt-quatre ans, et son fils Jacob, âgé de dix-sept ans, se rendirent à leur champ vers onze heures du matin, et afin de pouvoir l'arroser plus tard, creusèrent, dans un fossé desséché situé tout près, un trou de 65 centimètres environ de profondeur. Après avoir passé successivement par des couches d'argile, de gravier et de sable, ils virent jaillir l'eau dans le trou, qui en fut bientôt rempli. Le travail achevé, les trois individus rentrèrent chez eux, et mangèrent avec appétit. Entre quatre et cinq heures de l'après-midi, ils se rendirent de nouveau au champ, et commencèrent à arroser les plantes qui s'y trouvaient. Mais aussitôt qu'ils furent en contact avec l'eau, ils éprouvèrent un sentiment de brûlure et de tension dans les parties qui avaient été mouillées; ils sentirent même une sorte de fourmillement

à la figure. Croyant calmer les douleurs qu'elle éprouvait, Christine se lava les bras ; mais le mal ne fit qu'augmenter. Dans l'impossibilité de continuer leur ouvrage, le père et les enfans regagnèrent leur demeure. Peu de temps après, il se manifesta un gonflement considérable des parties primitivement atteintes, des bras chez la fille, des poignets chez le père et le fils; ce dernier avait de plus les pieds un peu enflés. Les diverses portions du visage participaient plus ou moins de ce gonflement : la peau prit alors une couleur rouge-brun très-foncée; elle était tendue et lisse, dure et douloureuse au toucher. Il se forma à la partie inférieure de l'avant-bras de Christine des phlyctènes très-larges, remplies d'une sérosité assez limpide. A part les douleurs lancinantes et aiguës qu'éprouvaient les malades, leur état général était assez satisfaisant. Le 4, le docteur Schilling prescrivit une application de vingt sangsues sur les bras de la fille, ainsi que des frictions avec un liniment opiacé. Il n'y eut que quelques sangsues qui prirent, et qui moururent presque aussitôt après avoir sucé du sang. Il en fut de même chez le père, auquel on en appliqua le surlendemain 5 juillet. De plus, il se manifesta autant de points sphacelés. Le gonflement du reste ne fit qu'augmenter, tout mouvement devint impossible. De légers frissons parcourent le corps. Christine se plaignant de céphalalgie, on lui pratique une saignée du pied. Application de ventouses scarifiées aux trois malades, mais à quelque distance des points affectés.

Le 6, même état, nouvelle application de ventouses scarifiées.

Le 7, le gonflement diminue dans les bras de Christine, mais l'avant-bras et la main sont dans le même état. Les mouvemens fébriles sont plus fréquens, surtout vers le soir.

Inappétence, sécheresse de la bouche, céphalalgie; douleurs vives, surtout pendant la nuit. Nouvelle saignée du pied, application de ventouses scarifiées. Le père et le fils présentent les mêmes phénomènes généraux, quoiqu'à un plus faible degré.

Le 8, les malades restent dans le même état. On leur prescrit un liniment opiacé.

Le 9, deuxième saignée du pied à la fille, saignée du bras au père. La tuméfaction paraît diminuer; la tension et la chaleur locale sont moins fortes, mais les douleurs lancinantes existent toujours. Il se montre déjà plusieurs points de suppuration, entourés d'une auréole noirâtre.

Le 10, la suppuration s'établit. On enlève les phlyctènes qui recouvrent les poignets de Christine. Application de cataplasmes de mie de pain aux trois malades.

Le 11, la suppuration s'étend davantage; on recouvre les ulcères avec de la poudre de quinquina. Christine et Jacob sont obligés de garder le lit.

Les 12, 13, 14 et 15, même état. Il se détache des sphacèles noirâtres. Même médication.

Le 16, les douleurs sont toujours très-vives, la suppuration est abondante et de bonne nature. Partout les escarres gangréneuses sont tombées, et l'on voit à leur place de petites plaies qui ont jusqu'à deux lignes de profondeur. La face est revenue à son état naturel. On y observe une légère desquammation, ainsi qu'aux parties où l'inflammation a été moins forte. Quand on lave les plaies avec de l'eau tiède, il s'en écoule une petite quantité de sang. Continuation de la même médication.

Les 18 et 19, même état. Prescription de la potion suivante :

R. Cort. peruv. opt., ʒvj; *coq. c. aq. font.*, ℥xij;

ad reman. col., ℥vj. *Adde : Liq. amon. anisat.*, ʒiij; *kal. nitr.*, ʒij; *syr. cinchin.*, ℥j. S. une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le 20 la suppuration a complètement cessé à l'avant-bras de Christine. Les mains des trois malades présentent les caractères suivans : des ulcères larges et assez profonds en occupent le dos, leurs bords sont calleux, leurs surfaces inégales et garnies de granulations jaunâtres; la suppuration qu'ils fournissent est abondante et de bonne nature, grâces à la poudre de quinquina dont on les recouvre toujours. C'est chez le père qu'ils offrent le plus mauvais aspect.

A partir de cette époque, l'amélioration devient de jour en jour plus sensible chez Christine et Jacob, qui aujourd'hui sont presque entièrement guéris. Les doigts ont repris leur souplesse qu'ils avaient perdue pendant toute la durée du mal. Ils se sont entièrement dépouillés de leur épiderme. Par suite du travail, il s'est détaché quelques croûtes qui recouvraient les anciennes plaies, et il s'en écoule un peu de pus; mais tout porte à croire que sous peu la guérison sera complète.

Quant au père, la marche du mal n'a pas été la même; les plaies qui se trouvaient aux mains étaient remplacées, le 24, par de petites tumeurs arrondies, blanchâtres et dures. Quelques jours plus tard, elles prirent une teinte noire, s'ouvrirent et laissèrent s'écouler un pus jaunâtre, peu consistant. Elles furent entourées par un cercle rouge, et le malade éprouva de vives douleurs. Elles se recouvrirent de nouveau d'une croûte noire, qui tomba ensuite et laissa écouler du pus. C'est ainsi que le malade est arrivé au 14 août, toujours dans le même état, n'employant que des cataplasmes de mie de pain contre le mal dont on

paraît vouloir abandonner la guérison à la nature; car depuis le 27 juillet, on a cessé de donner des soins ultérieurs au malade.

Remarques. Quelle est la nature de l'affection qui fait le sujet de cet article? Je pense qu'on peut la ranger parmi les affections charbonneuses avec lesquelles elle présente une grande analogie. Du reste, d'après la cause qui l'a produite, on voit assez qu'elle est un effet du méphitisme d'une eau stagnante, qui pendant long-temps a été privée du contact de l'air. Quant au principe chimique qui a produit un effet aussi prompt, aussi instantané, il m'est tout-à-fait impossible de le désigner. N'ayant été prévenu de cet accident que le quatrième jour, ce n'est qu'alors que j'ai pu examiner l'eau qui présentait les mêmes caractères que l'eau des puits de Brumath, si ce n'est qu'elle contenait une plus grande quantité d'acide carbonique. Le trou qui la contient est situé à environ 150 mètres de la rivière, et c'est du côté opposé que l'eau y arrive pour le remplir. Plusieurs personnes s'y sont lavées les mains et n'ont éprouvé aucun accident. Un chien, qu'on y a plongé, n'a rien éprouvé. Mais ce qu'il faut encore remarquer, c'est que les plantes qui en ont été arrosées ont péri, tandis que dans le même sillon la végétation a été très-active dans des plantes qui avaient reçu une autre eau. Un jeune enfant de sept ans qui avait touché cette eau le premier jour, éprouva aussi des douleurs et un léger gonflement aux mains. Mais ayant pris de suite un bain à la rivière, il en fut quitte pour une desquammation furfuracée. Comment donc expliquer le fait qui nous occupe? Le matin, l'eau n'a produit aucun effet; mais par l'action des rayons du soleil le principe méphitique s'est dégagé et a exercé son influence délétère

sur ceux qui s'y sont exposés. Si plus tard l'eau ne nous a présenté aucun phénomène particulier, c'est que pendant les quatres jours qui se sont écoulés depuis l'accident jusqu'à notre examen, l'eau a été soumise à une sorte de ventilation par le contact d'un air sans cesse renouvelé; du reste, il a plu assez abondamment pendant cet intervalle: les malades n'ont pas remarqué si l'eau avait une odeur particulière.

Épizootie et affection charbonneuse dans l'arrondissement de Sélestat, observation recueillie par Théod. Bœckel, docteur-médecin.

A la suite de la grande sécheresse des mois de juin et de juillet, et du manque d'une bonne eau qui en fut la conséquence, il se manifesta une épizootie d'abord dans la commune de Sélestat et puis dans les communes voisines, d'Orschweiler, de Kientzheim, de Bergheim, de Saint-Hippolyte, etc.

Le 4 août, cette maladie, que M. Miltenberger, vétérinaire de l'arrondissement, nomme *fièvre charbonneuse* ou *sang de rate*, avait déjà fait périr 5 chevaux et 8 vaches dans la seule commune d'Orschweiler. Les troupeaux des différentes communes où sévit la maladie fréquentent ordinairement les mêmes pâturages.

Le 5 août, François D...., âgé de cinquante-deux ans, de la commune d'Orschweiler, se présenta chez M. le docteur Stœbel, médecin cantonal à Sélestat, pour lui demander des secours contre une pustule maligne à la main.

Cet homme avait tué et dépécé une vache atteinte de la

maladie et en reçut aussitôt au dos de la main droite près de sa jointure avec l'avant-bras une pustule vésiculaire de la grandeur d'une pièce de 5 francs, renfermant une matière tirant sur le brun-rouge. En outre, tout le bras ainsi que la partie antérieure de la poitrine étaient très-gonflés. Le 6, des symptômes nerveux étant survenus, le malade succomba.

Le nommé R..., autrefois boucher à Kientzheim, appelé le 2 août pour tuer un bœuf atteint d'un commencement de maladie, vit se développer quelques jours après trois pustules malignes au dos de la main gauche. Le 7, ces pustules furent livides, fournirent une matière sanieuse, brune. La main et le bras se gonflèrent, le pouls devint petit, lent et irrégulier; les fonctions digestives se troublèrent, la face s'affaissa, et une grande prostration des forces se fit remarquer.

Nous ne savons point si cet homme a succombé ou non. Nous ne savons pas quels sont les moyens qui ont été employés pour combattre cette affection dont la description est très-insuffisante. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette maladie s'est propagée par contagion, et que c'est une pustule maligne que ces hommes avaient gagnée par le contact avec des animaux malades; nous nous permettrons seulement de signaler le peu de lumières qui jaillissent des rapports aussi imparfaits que ceux dans lesquels nous avons puisé ces renseignemens. Il nous semble que l'administration a droit à s'attendre à quelque chose de plus parfait de la part des médecins, auxquels sont confiés les intérêts sanitaires des cantons. Jamais administrateur ne saurait prendre une détermination, et jamais le conseil de salubrité ne saura remplir sa mission s'il se contente de documens aussi stériles.

Au Rédacteur en chef des Archives médicales de Strasbourg.

Strasbourg, le 8 septembre 1835.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans le plus prochain cahier de votre Journal la lettre ci-incluse, que j'ai adressée aujourd'hui à la *Gazette médicale de Paris.*

Agréez, etc. MAURICE RUEF.

Strasbourg, le 8 septembre 1835.

MON CHER CONFRÈRE,

J'ai lu avec grand plaisir la lettre de M. Ricord sur la *syphilis*, adressée au président de la Société royale académique de Nantes (*Gazette médicale*, n° 34; 1835). Comme je l'ai dit (*Archives médicales de Strasbourg*, tome Ier, pag. 53; 1835), nous nous sommes livrés à des recherches cliniques, qui nous ont été suggérées en partie par les assertions de M. Ricord, pendant que je suivais sa clinique en 1833. C'est dans le service de M. Ristelhueber, médecin en chef à l'hôpital civil, que j'ai pu suivre et observer les résultats que nous avons obtenus.

Le nombre de nos observations est assez considérable : nous les publierons à l'appui des opinions que nous avons cru devoir adopter.

Je me suis chargé de les recueillir et de les faire connaître; mais comme il y a en ce moment sous presse plusieurs travaux sur la syphilis, et que le temps me manque pour la rédaction actuelle, je crois être agréable à mes confrères en formulant d'une manière aphoristique les résultats que nous avons obtenus et que nous pouvons appuyer d'un grand nombre d'observations.

1° La blennorrhagie est une maladie différente de la syphilis.

2° La non-identité du virus blennorrhagique et syphilitique est démontrée non-seulement par les résultats de l'inoculation, mais par une foule d'autres considérations cliniques.

3° La blennorrhagie peut donner lieu à des symptômes secondaires, mais ils diffèrent de ceux qui suivent les chancres.

4° Les chancres et les pustules sont des symptômes syphilitiques, qui ont pour cause ou principe le virus dit syphilitique.

5° Le bubon primitif avec ou sans chancre à la verge est un symptôme qui appartient à la syphilis et dépend de son virus.

6° Un chancre *primitif* peut toujours être reproduit par inoculation sur un autre point de corps.

7° Le pus du bubon est susceptible de fournir un chancre par l'inoculation, mais le résultat n'est pas constant.

8° Par *aucun moyen artificiel* on ne parvient à inoculer les pustules.

9° L'inoculation du virus produit par le chancre prouve bien que le chancre a pour cause ce virus; mais l'inoculation tentée sans succès avec le pus du bubon ou la matière mucoso-purulente fournie par des pustules ulcérées ne prouve pas la non-identité de la cause ou du virus qui a produit ces symptômes.

10° La propriété contagieuse locale peut être neutralisée ou détruite par un processus vital, et d'ailleurs les conditions vitales ou physiologiques ne sont pas les mêmes dans ce moyen artificiel que dans le coït.

11° Les symptômes secondaires de la vérole peuvent suc-

céder aux chancres, au bubon et aux pustules primitives.

12° Les symptômes consécutifs ou secondaires de la vérole se communiquent par contact, comme l'observation clinique le montre tous les jours. L'inoculation sans résultat dans ces cas prouve tout au plus que la communication ne peut pas avoir lieu par ce procédé, mais ne prouve pas qu'elle ne pourrait pas avoir lieu autrement.

13° L'enfant gagne le plus souvent la syphilis au passage par contact immédiat, mais il peut être infecté par le père ou la mère, malades lors de la conception ou pendant la grossesse, qu'ils aient des symptômes primitifs ou consécutifs.

14° Les nourrices peuvent transmettre aux enfans des symptômes primitifs ou secondaires, et *vice versa.*

15° Le traitement local employé le plus promptement possible dans les maladies primitives ne met pas toujours à l'abri des symptômes consécutifs.

16° Les mercuriaux sont les moyens les plus efficaces dans le traitement des symptômes primitifs et consécutifs.

17° Le traitement local fait disparaître les symptômes locaux, mais l'expérience n'est pas encore assez avancée pour pouvoir admettre que ces cas ne sont pas plus fréquemment suivis de récidive ou de symptômes consécutifs que s'ils avaient été traités par les mercuriaux.

18° Dans la syphilis constitutionnelle rebelle, et qui résiste aux différentes préparations mercurielles, le traitement dit arabique sans mercure, la tisane de Feltz, et surtout la *décoction de Zitemann,* sont très-efficaces. Le muriate d'or compte aussi des succès dans les cas dont il s'agit.

Agréez mes salutations amicales. MAURICE RUEF.

La pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience, par J. F. Schweighæuser, l'un des médecins en chef de l'Hôpital civil de Strasbourg; 1835. (In-8°, 304 pages.)

Ce n'est pas le premier ouvrage sur les accouchemens que M. S. publie. Il a d'abord écrit en français; mais, soit qu'il ait craint de rester inconnu en Allemagne, soit qu'il ait eu à se plaindre de l'oubli de ses compatriotes, il se décida à communiquer le fruit de son expérience et de ses méditations en allemand. Ce qu'il a publié de plus original est écrit dans cette langue. Peiné de voir qu'en France l'art des accouchemens ne marche pas avec les sciences accessoires, que dans l'enseignement l'expérience est remplacée par l'érudition, le jugement par le raisonnement, M. S. a écrit un supplément à tous les traités d'accouchemens pour ramener l'exercice de l'art aux règles que l'observation et l'expérience ont sanctionnées.

Dans sa préface, il se plaint beaucoup de ce que ses doctrines et ses idées aient été mises à profit sans qu'on ait indiqué les sources auxquelles on avait puisé. Il reproche surtout cet oubli (qu'il appelle une *inconvenance*) aux Français, chez lesquels il prétend qu'il est de mode de se louanger soi-même, de se faire faire des complimens par les élèves dans les Thèses, de s'obliger réciproquement en s'attribuant des mérites qu'on estime avoir le droit de partager, etc. Nous sommes convaincu que les auteurs français n'ont pas encouru ces reproches, attendu qu'ils ne connaissent pas du tout les écrits de M. S.; ce sera donc un service que nous leur rendrons en analysant celui qui

renferme la substance de tous ceux qu'il a publiés. Nous aurons soin d'en faire connaître les points les plus importans; et, pour ne pas être accusé de le défigurer, nous nous servirons souvent des propres expressions de l'auteur, ou nous citerons textuellement.

Sous la dénomination de *glanure historique*, M. S. jette un coup d'œil rapide sur l'histoire de l'obstétricie. Jusqu'à A. Paré, l'art des accouchemens n'était que l'ancienne tradition influencée par les époques politiques et littéraires par lesquelles l'art avait passé. En élévant en point de doctrine la version par les pieds, A. Paré a donné à notre art la plus belle impulsion. Mais bientôt on a abusé de ce moyen, et cet abus ne fut bien reconnu qu'au commencement du dix-huitième siècle, que M. S. appelle une *époque de réflexion*. Ce fut alors qu'on inventa le forceps. Bientôt on en abusa aussi; « de là les tâtonnemens laborieux, et l'*époque raffinante* de Grégoire et de Solayrès. » On voulut tout réduire à des principes de mécanique. Solayrès montra par où on aurait dû commencer, en exposant le mécanisme de la parturition, et fit arriver l'*époque de l'éclectisme*, que Baudelocque et Bœr ont continuée. Avec le siècle actuel a commencé une quatrième époque marquante, c'est *celle du mouvement*. « Maintenant, dit M. S., le Panthéon tocologue est ouvert à tout le monde, les auteurs y font foule, ils s'y coudoient, se regardent et se félicitent de s'y rencontrer. » M. S. ne manquera probablement pas au rendez-vous. Cette dernière époque n'a pas du tout contribué à l'avancement de notre art, dit encore M. S.; c'est pour lui faire faire un grand pas en avant qu'il s'est décidé à publier les résultats de sa longue expérience.

L'auteur nous avertit qu'il ne suivra pas d'ordre régu-

lier. Le lecteur s'en aperçoit facilement; on est souvent étonné de se revoir au commencement, quand on croit être arrivé à la fin. Nous parcourrons successivement les différentes matières du livre comme elles s'y présentent.

1° *De la reproduction de l'espèce humaine.*

2° *De l'organe sexuel de la femme par rapport à la conception.* Après avoir avancé quelques idées hasardées sur la reproduction en général, M. S. parle des organes de la génération de la femme. Il émet à cette occasion l'opinion assez singulière, qu'une femme prédisposée à un accouchement difficile par étroitesse du bassin, pourrait plus ou moins prévenir cet inconvénient en se livrant à l'acte de la reproduction avant l'accroissement complet du corps.

3° *De la matrice avant la conception.* La matrice, hors l'état de grossesse, a quatre pouces de longueur (!), deux en largeur et un d'épaisseur. Sa cavité a la forme d'une amande (!); extérieurement, elle est revêtue du péritoine, offrant des veines assez considérables; intérieurement, elle est tapissée par une membrane *séreuse* (?). La matrice est attachée *lâchement* aux côtés du bassin par ses ligamens *longs et larges.* Dans un cas d'inversion de la matrice, M. S. a palpé les contractions des ligamens ronds; elles étaient tournoyantes, vermiculaires, presque aussi fortes que celles de la matrice: la femme est morte dix minutes après son arrivée. Dans un autre cas, appelé pour une rétention du placenta, il a trouvé la matrice remontée *au-dessus du creux de l'estomac, le fond caché derrière l'appendice xyphoïde et l'orifice à quatre doigts au-dessus du nombril* (!!!), par suite d'une forte extension de la vessie urinaire. Voilà, dit M. S., comme les ligamens de la matrice peuvent s'alonger. C'est là de l'expérience!

La faculté de concevoir est entretenue chez la femme par un sang toujours nouveau et frais tenu en réserve pour la nutrition du fœtus. Mais par son séjour, il subit probablement une altération qui le rend impropre à la circulation, par conséquent il est excrété régulièrement, ce sont les menstrues; cette évacuation est *passive.* L'époque menstruelle est déterminée *organiquement*, à la minute à peu près: elle est de vingt-sept jours. L'ovule fécondé a besoin de deux fois vingt-quatre heures et plus pour arriver dans l'utérus; c'est cette dernière circonstance qui fait que le commencement de la parturition est avancé ou retardé d'un à deux jours. L'excitation que l'ovule fécondé produit sur la matrice, trouble son harmonie avec l'estomac; l'action des nerfs de cet organe diminue à mesure que celle des nerfs de la matrice augmente; il en résulte un manque d'appétit, des vomiturations, etc.

4° *De la matrice comme organe gestateur.* A mesure que la matrice se développe dans la direction de l'axe du bassin, son orifice se trouve bientôt placé vers la saillie du sacrum; tandis qu'avant la conception on l'avait trouvé correspondant à la symphyse pubienne. Ce déplacement de l'orifice utérin devient pour cette raison un signe de grossesse (!).

5° *Du fœtus.* Le germe parvenu dans la matrice se change en enveloppes membraneuses distinctes, mais collées l'une à l'autre, ce sont l'*allantoïde* ou la *caduque* de Hunter (!), le chorion et l'amnios. L'embryon nage dans les eaux; le cordon ombilical, *toujours inséré* vers la partie de la matrice qui se trouve être supérieure, s'y fixe. Si le placenta est quelquefois inséré sur l'orifice de la matrice, c'est que cet organe, dès le commencement ou

dès le second mois de la grossesse, a une position fortement oblique, ce qui fait que la partie postérieure de son col est la plus haute (!). La tendance du cordon ombilical, et par conséquent du nombril, à se tourner en haut, est une des causes de ce que la tête se trouve en bas.

Le fœtus est passif dans l'utérus; cette passiveté et son attitude dans le sein de la mère sont la cause de ce que toute la vie les muscles fléchisseurs sont plus forts que les extenseurs. C'est par suite de son attitude particulière que le menton et le *nez* se trouvent appuyés sur le sternum, même dans la présentation de la face. Il paraît aussi que par cette impossibilité de fléchir la tête ou de la renverser en arrière, la nature veut empêcher la respiration prématurée et sa trop grande vigueur dans la première période de la vie (!).

On a mesuré les différens diamètres de la tête du fœtus, ce qui ne sert pas à grand'chose. Il est plus essentiel de la considérer relativement à sa forme *globulaire*. La tête présente, comme Levret l'a déterminé, *deux cônes à base oblique;* cette base est la base du crâne, dont la circonférence est appelée le couronnement (!).

Le placenta constitue le laboratoire pour l'entretien de la chaleur animale du fœtus. Les fonctions du foie peuvent être comparées à celles du canal thorachique chez l'adulte. Dans le fœtus, les organes sont formés par mélange, par aggrégation, par affinité, par combinaison chimique, par l'influence de la matière, et, plus tard, par celle des nerfs ganglionnaires ou par la propre vie du fœtus.

6° *Des voies excrétoires pour le fœtus et de sa position la plus convenable sous ce rapport.* La position que le fœtus affecte ordinairement à la fin de la grossesse (première du crâne) est naturellement déterminée par

la position oblique de la matrice. Non-seulement la matrice est oblique, mais elle fait en même temps un mouvement de rotation sur son axe longitudinal; ce qui donne à son axe transversal la direction du diamètre oblique du bassin de la cavité cotyloïde droite. Cette position de la matrice détermine la direction des forces expultrices et des mouvemens rotatoires du fœtus.

L'auteur revient ici sur une idée qu'il a déjà développée, mais non éclaircie en 1811, dans un mémoire inséré au *Recueil de la Société de médecine de Paris.* Il y a erreur évidente dans le principe, et par conséquent les déductions que l'auteur en tire sont fausses. Par son inclinaison à droite (qui n'existe pas toujours, car elle peut aussi être inclinée à gauche), la matrice tourne sur son axe, de telle manière que son diamètre transversal devient parallèle au diamètre oblique gauche et non au diamètre oblique droit du bassin; donc en reprenant sa position naturelle, elle se tourne de droite à gauche, et non de gauche à droite, comme il faudrait qu'elle fît pour imprimer à la tête du fœtus, lorsqu'elle se trouve en première position, un mouvement rotatoire qui amènerait l'occiput dans l'arcade pubienne. En admettant ce qu'avance M. S., jamais par cette cause on n'expliquerait les mouvemens variés et *en sens inverse* que fait la tête en traversant le bassin. Aussi peu que M. S., d'autres s'en sont rapportés aux sage-femmes; mais plus que lui ils ont eu l'occasion d'explorer des femmes à tous les momens du travail.

Immédiatement après nous avoir expliqué le mécanisme des rotations de la tête, M. S. vient nous dire que, *pour l'ordinaire*, la tête ne fait *aucun mouvement* ni d'un côté ni de l'autre, qu'elle se borne à descendre et à sortir du bassin dans la seule direction et par le seul mouve-

ment que lui prescrivent son poids et l'axe du bassin, et cela parce que les parties molles qui tapissent le bassin « se laissent mouvoir de côté, retirer en arrière ou en avant »; d'où il conclut encore que la pensée de mesurer la tête et de comparer ses diamètres avec ceux des détroits du bassin *n'est pas naturelle* (!).

En faisant la description du bassin, l'auteur commet encore des erreurs anatomiques impardonnables. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a 4", 4 à 6'"; les obliques, chacun 5" 3'" (!); le transverse 5". Au détroit inférieur, M. S. ne connaît encore que deux diamètres, l'antéro-postérieur a 5" (!), le transverse 4". Il ne veut pas que le bassin soit un *cône creux*, mais un *cylindre*. Toujours les anciennes idées sur l'inclinaison du bassin, ses axes et même des erreurs géométriques saillantes.

On doit pouvoir déterminer d'avance par le toucher et *sans mesurage géométrique* le degré de rétrécissement du bassin et la difficulté que la tête rencontrera. Il est bon néanmoins de connaître les dimensions du bassin et ses difformités, mais il faut *savoir les trouver sans les chercher*.

Il ne faut pas toujours chercher la cause de la difficulté de l'accouchement dans le bassin. La portion inférieure de la matrice retient très-souvent le fœtus par l'état spasmodique dans lequel elle se trouve. Les pommades n'y arrivent pas, et n'agissent d'ailleurs pas autrement que des émolliens, parce qu'il n'y a pas d'absorption. Le borax n'a pas soutenu sa réputation; la même chose arrivera au seigle ergoté. L'auteur a donné, en 1817, une observation pour prouver l'efficacité de ce dernier médicament; mais depuis il lui est arrivé que, dans un cas pareil, on a envoyé à un pélerinage distant de cinq lieues. L'accouchement s'est ter-

miné heureusement, juste au moment où le délégué est arrivé à la chapelle. Depuis ce moment, M. S. ne croit plus à la vertu du seigle ergoté; il ne dit pas s'il croit à l'efficacité du pélerinage. Tous les remèdes ordinairement employés ne font rien et sont plutôt nuisibles. Les bains tièdes et les injections vaginales d'*eau plus chaude que celle du bain*, et même les bains de vapeurs, soulagent pour l'ordinaire. Mais le remède le *plus efficace*, est le tartre stibié, donné à dose convenable pour opérer une détente du système nerveux ganglionnaire, par son action spéciale sur le diaphragme. Il faut le donner *jusqu'à ce qu'il détermine la défaillance*.

Le vagin est muni vers son orifice d'une valvule à *ouverture sémilunaire;* cette valvule n'a d'usage physiologique que depuis l'époque de la puberté, elle sert alors « à renforcer le dernier pli du vagin, que la tuméfaction et le ramollissement des parties sexuelles qui arrivent à cette époque, disposent à se porter en dehors (!).» L'usage physiologique des nymphes ou petites-lèvres est aussi *très-important;* il consiste à former *une corde tendue en cercle*, depuis la symphyse du pubis jusque derrière la fourchette. Pour qu'on ne l'oublie pas, ceci est rappelé dans plusieurs endroits du livre.

7° *Des symptômes généraux de l'accouchement et de sa distinction en physiologique et pathologique.* M. S. n'a pas pu s'empêcher de sortir très-souvent de son cadre, qui ne devait embrasser que des données pratiques. Il fait volontiers de la spéculation. L'accouchement est physiologique ou pathologique; l'une ou l'autre espèce est directe ou indirecte. Plusieurs pages sont employées pour expliquer ces distinctions scolastiques.

Les douleurs du travail sont la suite de la part que pren-

nent les parties contiguës à la matrice, à la contraction de cet organe. Dans un autre endroit, il est dit qu'il faut considérer les douleurs de l'enfantement comme « le refus de l'organisme de *relâcher le fruit de la conception.* » Les premières douleurs appelées *mouches,* sont l'effet d'une excitation des nerfs de la matrice, contrariés par ceux de de l'organe digestif, « se ressentant de l'obligation de recevoir les humeurs refoulées sur lui, et dont le fœtus ne profite plus. » La périodicité des contractions est attribuée à un combat que se livrent la matrice et le fœtus, et dont la nature est la régulatrice.

8° *Des forces de l'organe gestateur en fonction.* « La tête de l'enfant tombe de dessus le détroit abdominal du bassin au détroit périnéal par le seul moyen des *lois de la mécanique;* arrivée là, elle est expulsée par l'action de l'*appareil sphinctérique.* » Après avoir long-temps déclamé contre les mécaniciens, M. S. attribue les progrès de la tête de l'enfant dans l'accouchement aux seules lois de la mécanique. C'est encore, suivant lui, à un concours rare de *causes mécaniques* qu'est due la naissance du fœtus après la mort. Des explications incompréhensibles sur le combat que se livrent l'*orgasme* et l'*organisme* dans l'expulsion du fœtus terminent ce chapitre.

9° *Spécialités sur l'exploration obstétricale.* Ces spécialités ne sont que des généralités fort connues; c'est à cette occasion que l'auteur fait la description du mécanisme de l'accouchement, qu'il expose d'une manière très-obscure et très-incomplète. Il est encore question de troisième et sixième positions de Baudelocque. *Une seule fois,* dans sa pratique, M. S. a vu une *cinquième* position.

10° *Sur l'hygiène pendant la gestation.*

11° *De l'hygiène pendant le travail de l'enfantement.*

Rien de particulier sur l'hygiène de la femme grosse. Elle doit faire en sorte d'avoir le ventre libre, et de ne pas *retenir ses urines.* Pendant le travail, il faut laisser à la femme la liberté de manger tant qu'elle veut, parce que l'estomac saura déjà se débarrasser du trop. La position sur le côté gauche (méthode anglaise) est celle que M. S. préfère, parce qu'on peut mieux soutenir la région sacrée. Vers la fin du travail, la femme devra être placée sur le dos, *presque assise,* pour que l'accoucheur puisse soigner le périnée. On ne voit pas trop comment on peut convenablement soigner le périnée lorsque la femme est presque assise; mais on le peut parfaitement bien lorsqu'elle est couchée sur le côté. Il est donc inutile de la faire placer sur le dos.

M. S. fait son possible pour faire croire que la rupture du périnée n'est que le résultat de fausses manipulations de l'accoucheur. « Les anciens ne paraissent pas avoir observé la déchirure du périnée, dit-il; et chez une femme qui accouche seule, le périnée ne se rompt jamais. » M. S. en est tellement convaincu, qu'il « ose même *mettre en avant,* que celle qui a eu le périnée déchiré, n'a pas accouché seule (!) » Parmi les mesures inutiles et déplacées, il compte celle de ramener, autant que possible, la peau des fesses vers le périnée et la vulve. La peau, suivant lui, prête toujours assez; ce sont les *fibres musculaires du périnée* et les *sphincters de l'anus* qui ont besoin d'appui, et ne doivent pas être *relâchés !* « D'ailleurs, ce précepte de très-mince mérite relativement à la priorité, comme ceux de la version sur la tête et de l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, doit être reversé sur Osiander, qui en a parlé dans ses cours dès 1792, et dont la hardiesse a pu, dans le temps, plus surprendre Fla-

mant que les autres accoucheurs de Strasbourg, qui, avec les principes de l'ancienne école et une pratique étendue (?), connaissaient mieux l'intérieur des écoles allemandes. C'est sans doute le mépris local (c'est-à-dire de M. S.) pour ces autorités usurpées qui a déterminé Flamant à renchérir encore là-dessus. »

Cette sortie contre le professeur de notre Faculté est au moins très-inconvenante pour ne pas dire plus. Le premier, M. S., a accordé la priorité de la version sur la tête à M. Flamant, lorsqu'il a dit, en 1825, que, vers l'année 1795, M. Flamant, à Strasbourg, et Osiander, à Gœttingue, ont de nouveau enseigné la version sur la tête. Prétendre que notre professeur a renchéri encore là-dessus, parce que lui, M. S., méprisait ces doctrines, c'est supposer que M. Flamant avait ce caractère hargneux que notre auteur possède au plus haut degré.

Au lieu de laisser couler un peu de sang par le bout fœtal du cordon, M. S. préfère *refouler le sang vers le placenta*, et faire deux ligatures. Il craint qu'une particule d'air atmosphérique ne s'introduise dans la veine et *ne suffoque l'enfant*. Combien ne seraient pas déjà suffoqués s'il y avait l'ombre de vérité dans cette assertion!

Il passe ensuite aux soins à donner à la délivrance. « L'introduction de la main dans la matrice, après la sortie de l'arrière-faix pour en retirer des caillots, est une *pratique cruelle et inconvenante...* » Oui, si on l'adoptait comme règle générale; mais il est des cas qu'il serait trop long de détailler ici où elle est réellement bienfaisante, en évitant à la femme des tranchées très-douloureuses qui durent quelquefois plusieurs jours. Ainsi, quelles que soient les épithètes que M. S. emploie pour flétrir cette manière d'agir, nous continuerons à employer cette manœuvre

qui ne fait souffrir qu'un instant et peu, à moins qu'on n'ait une main large de cinq à six pouces, comme il y en a.

12° *Du fœtus naissant.* On ne doit pas se hâter de couper le cordon ombilical quand l'enfant est *asphyxié* ou *apoplectique.* Dans ce dernier cas, M. S. conseille une manière d'agir contraire à la saine expérience. Énumération des moyens propres à rappeler l'enfant à la vie. Dans aucun cas, l'insufflation ne sera utile; on doit rappeler l'action nerveuse. L'auteur proscrit tous les excitans diffusibles, l'éther, l'ammoniaque, le vin, etc.

Les enfans, en apparence les mieux portans, sont surpris quelquefois d'accès de suffocation peu de temps après leur naissance, maladie qui les tue au bout de quelques heures ou de quelques jours. A l'autopsie, on trouvera le trou de *Botal* ouvert. On traite cet état avec le plus de succès par les *vomitifs,* à telle dose que, pendant plusieurs jours, ils produisent des nausées et un état voisin de la défaillance (!).

M. S. qui, tout à l'heure, avait attribué ces suffocations à l'entrée d'une particule d'air atmosphérique dans la veine ombilicale, paraît maintenant en accuser le trou de Botal. Mais le trou de Botal est ouvert chez tous les nouveau-nés. Évidemment notre auteur ne connaît pas la cause de cet accident, qui est cependant très-simple, *un établissement incomplet de la respiration.* Après cela le traitement qu'il propose est-il raisonnable?

13° *De la pratique des accouchemens en général.* L'histoire de l'art est reprise *ab ovo.* Toujours les mêmes déclamations contre les accoucheurs, qui sont tous des ignorans.

14° *Des secours de l'art dans l'accouchement indirectement physiologique.* L'obliquité du fœtus et la présen-

tation de l'extrémité pelvienne déterminent le plus souvent les irrégularités de l'accouchement physiologique. La trop grande *divergence* de l'axe de la matrice avec le fœtus occasione les positions transversales; une moindre divergence, les positions *occipito-postérieures et de la face* qui rendent l'accouchement indirectement physiologique (!).

Il n'y a qu'une position, *toujours la même*, pour la face: c'est la première occipitale de Baudelocque, changée en faciale par le renversement de la tête. (Remarquez qu'il a déjà été dit plusieurs fois que, dans les positions de la face, la tête n'était pas renversée.) Cependant, le menton ne s'éloigne pas de la poitrine avant que le travail ne soit bien avancé. M. S. n'a probablement jamais constaté de position de la face tout au commencement. Le menton peut se dégager sur le périnée, ce qui dépend de la direction des forces *expulsatrices*. Les mouvemens de la matrice sont encore appelés en aide pour expliquer ces rotations.

L'accouchement par les pieds, les fesses, etc., doit être abandonné à la nature, quoique indirectement physiologique. M. S. fait connaître les mouvemens singuliers que fait la femme pendant l'accouchement par l'extrémité pelvienne. On est obligé de convenir qu'il sait surprendre la nature sur le fait, et tirer des choses en apparence les plus insignifiantes des inductions pratiques, malheureusement trop souvent erronées.

15° *Des secours de l'art par la médecine opératoire.* Nouvelle *glanure* historique. Celse n'a pas été médecin, parce qu'il a trop bien écrit (!). Répétition de ce qui a été dit de A. Paré et de Guillemeau. Quoique M. S. ait tourné un tant soit peu en ridicule les auteurs qui ont parlé des dames Siphra et Puah, et du *petit Jacques Clément*, il

ne peut pas s'empêcher lui-même de nous raconter encore une fois l'histoire de ce *petit Clément*, avec un peu moins de détails toutefois qu'en 1825. Puis il fait l'historique du forceps « pour redresser certaines erreurs et anachronismes » que nous n'avons pas remarqués, probablement parce que nous sommes aussi ignorant que tous les accoucheurs, M. S. excepté.

Nous ne savons pas où l'auteur a trouvé que l'emploi du forceps n'ayant pas donné des résultats assez satisfaisans, on a eu de nouveau recours au levier. On est encore plus étonné d'apprendre que Sigault *proposa et exécuta* la symphyséotomie pour rendre inutile l'embryulcie et l'emploi du forceps. Ceci a tout l'air d'un rêve. M. S. se pique cependant d'être historien.

En douze propositions, l'auteur nous apprend en quoi consistent « les secours de la médecine opératoire obstétricale. » C'est par exemple, *à conserver les eaux de l'amnios, à favoriser l'expulsion du placenta*, à retenir une partie du fœtus ou à la faire avancer, à examiner l'enfant nouveau-né et à le soigner (!!!).

16° *De l'introduction de la main dans le vagin et dans la matrice.* Généralités. En rappelant pourquoi l'on introduit la main entière dans l'utérus, l'auteur dit qu'il « dédaigne de parler de cette pratique pour tâter le pouls au cordon ombilical. »

17° *Du déchirement des membranes renfermant l'eau amniotique.* L'œuf est un *clos organique.* On doit rompre les membranes quand l'orifice de la matrice est *tuméfié.* A propos de l'usage des membranes M. S. croit devoir faire mention du *vagissement* utérin. Il serait trop long de développer la théorie de l'auteur. Une autre raison pour nous en abstenir est, que nous n'y comprenons rien. Nous avons

seulement cru remarquer que M. S. a entendu trois ou quatre fois « un pareil cri, un son pointu, faible et coupé » pendant qu'il faisait l'extraction par les pieds et lorsque la tête était arrivée dans l'excavation. Quant au phénomène connu sous le nom de fausses-eaux, M. S. ne peut rien en dire, ne l'ayant pas encore observé par lui-même.

18° *De la délivrance exigeant les secours de l'art.* Déjà il a été question de la délivrance naturelle. Pour parler de celle qui exige l'intervention de l'art, M. S. emploie trente-quatre pages. Il a pris à tâche de faire la critique d'un travail récent sur cet objet. Pour suivre l'auteur, il faudrait beaucoup de temps et beaucoup d'espace; nous renvoyons par conséquent à son ouvrage, et nous souhaitons qu'on le comprenne mieux que nous ne l'avons compris. Nous promettons qu'on y trouvera des choses très-étonnantes et fort originales. Nous releverons cependant une assertion de M. S.

Pour prouver, dit-il, que l'extraction artificielle du placenta doit être préférée à l'expectation *dans tous les cas et sans choix de moyen* (il y a là-dessous de la mauvaise foi ou une plaisanterie grossière), on allègue le recensement de Wurtemberg; cependant c'est à tort que l'on cite l'écrit de M. Blumhardt, car il prouve le contraire (non pas M. Blumhardt, mais son écrit), c'est-à-dire que l'opération est toujours *hasardeuse.* Les médecins français qui ont cité Blumhardt ne l'ont pas lu. Pour notre part, nous pouvons assurer à M. S. que nous l'avons lu au moins avec autant d'attention que lui, mais nous avouons qu'il ne nous est pas venu dans l'idée que M. Blumhardt et son écrit parlaient différemment.

La pratique de M. S. lui a donné le même résultat, quant à la fréquence de la délivrance artificielle, que celui obtenu

à la clinique de Tubingue, c'est-à-dire 4 délivrances artificielles sur 2000 accouchemens; ce qui suppose que M. S. n'a fait dans *quarante années* de pratique que 4 délivrances artificielles; car il dit dans ses ouvrages, qu'il voyait 45 à 50 accouchemens par an. Or cela n'est pas croyable. Supposons que M. S. ait eu une délivrance artificielle une fois par an, une année dans l'autre, cela ferait 40 au lieu de 4. Si M. S. a eu 40 fois à faire l'extraction de l'arrière-faix, et qu'il soutienne encore qu'il n'a eu de délivrance artificielle que dans la proportion de 4 à 2000, il faut qu'il nous prouve que dans l'espace de quarante ans il a fait 20,000 accouchemens. Voilà où entraînent les idées préconçues et le besoin de la contrariété.

19° *De la version.* M. S. a l'air de dire que cette opération n'est pas difficile, et que c'est à tort qu'on la considère ainsi.

La main que l'on prévoit arriver le plus directement sur le ventre du fœtus ou sur le pli de l'aine doit être employée de préférence.

La position de la mère sur le côté est la plus propre dans le plus grand nombre de cas, c'est-à-dire pour aller chercher les pieds; car les pieds une fois amenés dans l'orifice, on doit replacer la femme sur le dos. La position sur les coudes et sur les genoux est pénible, *incongrue* et jamais nécessaire. Si après avoir saisi et dégagé un pied, on ne trouve pas facilement l'autre, on doit tirer sur le premier. Une fois que l'extrémité pelvienne est engagée dans le bassin, on peut et on *doit le plus souvent abandonner* l'accouchement à la nature. Quand on a jugé l'extraction nécessaire, on ne doit pas tirer dans le sens de l'axe du détroit supérieur lorsque les fesses sont arrivées dans le détroit ou l'ont dépassé; mais il faut soulever les ex-

trémités inférieures en les appuyant contre la symphyse pubienne.

On ne doit pas s'inquiéter si les orteils ou le ventre du fœtus sont tournés vers le pubis (en avant), et ne rien faire pour changer cette position, attendu que c'est absolument celle que veut la nature. La tête arrivée dans l'excavation, et la face correspondant à la moitié antérieure du bassin, il faudrait encore *attendre* qu'elle se tournât *spontanément* vers le sacrum, ou que le vertex, appuyé contre l'angle sacro-vertébral, glissât sur lui.

Lorsque les bras se trouvent relevés et placés sur les côtés de la tête, c'est la suite de fausses manœuvres. Enfin, aider et faciliter la sortie de la tête par une main placée sur la mâchoire supérieure et l'autre sur l'occiput, comme on l'enseigne dans les livres, est trop préjudiciable à la vie de l'enfant; il faut rester *dans l'expectation,* ou *appliquer le forceps* (!).

20° *De l'accouchement par le bras.* La gravité de ces sortes d'accouchemens dépend de la direction de l'axe longitudinal du fœtus. Dans les positions qu'on appelle transversales, la version est indiquée. Il ne faut pas se hâter d'opérer. Quand la version est impossible dans les premiers momens, l'enfant périt par l'effet des contractions de l'utérus. Si on ne réussit pas à le tourner et à l'extraire par les pieds, la meilleure manière d'accoucher la femme consiste à couper le cou de l'enfant; ce que M. S. fait avec des ciseaux, au moyen desquels il divise d'abord les tégumens, ensuite les vertèbres cervicales, après avoir préalablement accroché le cou avec le doigt indicateur d'une main.

21° *De l'accouchement avec hémorrhagie utérine pour insertion du placenta à l'orifice de la matrice.* La version de l'enfant et son extraction par les pieds a été générale-

ment conseillée dans ces cas. La principale difficulté, est d'arriver aux membranes sans décoller une grande portion du placenta. M. S. conseille de coucher la femme sur le côté, et de glisser la main le long de la symphyse pubienne; c'est là que l'on doit détacher le placenta, « parce qu'il est toujours collé sur l'orifice, de manière qu'en croissant il se prolonge sur la paroi postérieure de l'utérus. » C'est une idée de l'auteur. « Ainsi parvenu à rompre les membranes, il faut *favoriser* l'écoulement des eaux, et faire en même temps la version, où *abandonner l'accouchement à la nature.* Cette dernière mesure doit être préférée quand la femme n'a pas perdu trop de sang ou quand l'orifice est peu dilaté. »

Mais peut-on abandonner l'accouchement à la nature lorsque le placenta est implanté sur l'orifice de manière qu'il se décolle de plus en plus à mesure que la matrice s'entr'ouvre? M. S. dit que la rupture des membranes, dès le commencement du travail, lui a plusieurs fois si bien réussi pour sauver l'enfant et la mère, qu'il donne ce procédé comme règle générale. On conçoit ces succès dans les cas d'hémorragie par décollement du placenta inséré sur un tout autre point que l'orifice, ou ne couvrant celui-ci que par son bord, de telle sorte qu'on trouve les membranes à nu aussitôt que l'orifice commence à se dilater. Tous les accoucheurs conseillent alors la rupture des membranes. M. S. paraît en effet avoir confondu ces deux espèces d'hémorragies, très-différentes quant au danger qu'elles font naître.

Dans le cas d'implantation du placenta *sur l'orifice*, Wigand a proposé le tamponnement; mais M. S. doute que ce moyen puisse être utile. Il ignore jusqu'à quel point le tampon pourrait exercer une *compression sur l'orifice de*

la matrice, dont l'axe longitudinal est presque horizontalement placé sur le détroit supérieur, et *l'orifice tourné contre la dernière vertèbre lombaire.* M. S. a l'air de nous dire que Wigand, le premier, a proposé le tampon dans ces cas.

Sur 46 femmes que M. S. a accouchées jusqu'en 1816 au moyen de l'accouchement forcé, 11 sont mortes, *un seul* enfant a été sauvé; depuis, il a rencontré 18 autres cas de cette espèce: 5 femmes sont mortes, et 6 enfans ont été sauvés, *un seul* par la version, les 5 autres sont venus spontanément après la rupture artificielle des membranes.

22° *De la procidence du cordon ombilical.* M. S. adopte entièrement la manière d'agir de Bœr, la réposition avec la main; et si elle ne réussit pas, le forceps, s'il est applicable.

Le fœtus meurt dans ces cas « par la cessation subite de la pression du milieu ambiant et de la matrice sur le cordon ombilical qui cause révulsion à faire cesser instantanément la circulation par le cordon. » Pour empêcher cet effet, l'auteur propose un bain chaud et l'injection dans le bain (!).

Sur 28 accouchemens avec procidence du cordon, M. S. n'a eu que 3 enfans vivans. Aussi regarde-t-il cet accident comme presque toujours mortel pour le fœtus.

23° *De l'accouchement avec convulsions de la mère.* Rien de particulier. L'accouchement forcé est une opération révoltante. Encore une explication physiologique ingénieuse, comme celle qu'on vient de lire, et de suite des corollaires pratiques tout aussi conséquens.

24° *Du forceps.* Le forceps a très-souvent manqué son but, parce qu'on a voulu à toute force attirer la tête suivant

la direction des axes et de la ligne mitoyenne du bassin. « La nature entend faire passer la tête par le bassin *au moyen de la réfraction à la saillie du sacrum de la force par laquelle elle la pousse contre ce point;* » d'où le précepte de soulever le manche de l'instrument, de tirer droit à soi et non pas vers la terre pour faire avancer la tête dans l'excavation. Il y a bien quelque chose de vrai en cela, mais ce n'est pas l'explication de l'auteur.

M. S. nous apprend qu'il n'appartient plus à l'école des mécaniciens comme en l'an VII. Après avoir fait des réflexions peu claires sur la manière d'agir de l'instrument, et après avoir condamné la pratique de tous les accoucheurs, il résume les indications de son emploi de la manière suivante :

« Employer le forceps autant de fois qu'il peut en résulter du bien, ne pas en faire usage dans les cas où il peut causer un accident plus chanceux que celui auquel on veut remédier. » En se conduisant de cette manière, on est sûr de ne jamais se tromper.

« L'état de tribulation de l'organisme, quand par suite de l'orgasme expulseur et de l'organisme rétenteur, il est à craindre inflammation des parties ou mort de l'enfant, est l'usage essentiel et l'indication générale du forceps (!). »

Quant à la manière de s'en servir, le problème à résoudre consiste « à faire descendre en premier lieu par un mouvement de *roulement* la région de la tête appuyée contre la saillie du sacrum, etc. »

Le forceps devient utile aussi pour garantir le périnée et en prévenir la déchirure, surtout chez de très-jeunes femmes. M. S. ne veut pas qu'on se serve de cet instrument dans les positions de la face. Vient ensuite une finale sur la forme du forceps, où M. S. se frotte encore

à M. Flamant, en disant que c'est à tort qu'on lui attribue la suppression du filet à la face interne des cuillères.

Des discussions vagues, une description embrouillée sur la manière d'introduire et de fermer le forceps, et de faire avancer la tête du fœtus, caractérisent cet article, auquel l'auteur consacre trente pages.

25° *De l'embryulcie.* « Les anciens, dit M. S., paraissent avoir possédé le talent et la méthode pour s'assurer de la mort de l'enfant sans les tribulations auxquelles nous nous soumettons de nos jours à cet égard. » Ils ne sont pas toujours aussi bien traités par notre auteur. M. S. ne connaît pas l'auscultation comme moyen de diagnostic dans ce cas.

L'enfant doit être mort avant qu'on entreprenne l'embryulcie. S'il ne l'est pas, il faut savoir le laisser mourir (!). C'est encore le décubitus latéral de la femme que l'on doit préférer. Après avoir fait la perforation, on doit abandonner la femme pendant quelques heures, afin de laisser le temps au fœtus de passer à la putréfaction. Pour hâter ce résultat, on doit faire des injections et ordonner des bains chauds.

Le céphalotribe de Baudelocque neveu paraît être un bon instrument, dit M. S. Immédiatement après il ajoute: « Je ne puis approuver l'emploi de la force mécanique pour briser et fracasser les parties de l'enfant renfermées dans la matrice, etc. »

26° *De la symphyséotomie.*

27° *De l'opération césarienne.* La symphyséotomie est une opération *heureuse*, mais qui est justement abandonnée, parce qu'en l'entreprenant, la responsabilité de l'accoucheur est trop à découvert. Quant à l'opération césarienne, on a tort de la considérer comme une opération obstétricale, c'est une *opération chirurgicale.* Il est vrai

qu'il est des accoucheurs qui ne savent pas même la faire sur la femme morte; cela prouve qu'ils sont bien au-dessous de leur art.

28° *De l'accouchement prématuré artificiel.* Pour prouver que cet objet l'a occupé, M. S. rappelle, qu'en 1816 (il a oublié que c'était en 1817), il a distingué l'accouchement *forcé* de l'accouchement *provoqué.* En 1825, il a conseillé des *injections d'eau tiède* pour décoller les membranes. Il en est revenu aujourd'hui comme sur bien d'autres points avancés au hasard, et il préfère la ponction. Son expérience se réduit à zéro.

29° *Des déplacemens de la matrice.* « Toujours de la mécanique, s'écrie M. S. L'agent principal des déplacemens de l'utérus, c'est l'organisme, soit par fonctions viciées, soit par l'économie propre de l'organe en défaut et se faisant contrairement à son bien-être. » Cette théorie, M. S. paraît l'avoir tirée cette fois des moyens qui lui ont le plus réussi. Il guérit ces déplacemens par des sels neutres, administrés dans l'intention d'exciter les viscères du bas-ventre, ou par du *gros vin rouge, saturé de sel de cuisine,* quatre cuillerées le matin à jeun. Il renvoie ensuite à ses précédens ouvrages.

30° *Du déchirement de la matrice.* Il n'est pas toujours mortel. M. S. rapporte une observation qui le prouve.

31° *Du cancer de la matrice.* En 1817, M. S. avait prétendu que le cancer utérin était toujours d'origine syphilitique. En 1825, il s'est rétracté, en avouant qu'il s'était trompé. Le défaut de connaissances anatomiques et de jugement de notre auteur se décèle encore fortement dans cet article. Voulez-vous connaître la véritable cause du cancer de la matrice? M. S. vous la dira : Le péritoine qui revêt la surface externe de la matrice, donne lieu à ces

affections hideuses, en déterminant *par sa raideur et le défaut de souplesse la stagnation de la circulation* (1).

Il croit encore avoir observé que les femmes à *sentimentalité* et portées aux plaisirs vénériens, y sont moins sujettes que les femmes à peu de tempérament et moins sensibles.

32° *Des polypes et des môles.* Quelle analogie entre les polypes et les môles? M. S. applique une ligature sur le *moignon d'une môle.* Suivant toute apparence, il ignore ce que c'est.

33° *Des mamelles.* Les mamelles ne servent pas seulement à la fabrication du lait, mais encore à détourner de la matrice des humeurs, d'en garder un dépôt, ou de lui en renvoyer (par quelle voie?), ou même de les faire éliminer hors du corps suivant le besoin.

Additions à quelques-uns des principaux points de doctrine propres à l'auteur.

L'*expectation*, le *bassin*, la *tête de l'enfant*, la *matrice*, la *forme ovalaire de l'œuf*, la *haute pression du milieu ambiant*, la *position de l'enfant dans la matrice.* Tels sont les sujets sur lesquels M. S. revient dans ces additions. On s'imagine d'abord qu'il y est question de choses oubliées, mais on n'y trouve que des répétitions et des contradictions.

Tel est le livre de M. S. annoncé sous le titre attrayant de *Pratique des accouchemens en rapport avec la physiologie et l'expérience.* Malheureusement par physiologie l'auteur paraît entendre des hypothèses, les unes plus invraisemblables et plus absurdes que les autres, des explications à perte d'intelligence, qui ne sont jamais basées sur

l'anatomie, que M. S. ne connaît pas, ou qu'il a depuis long-temps oubliée. Les citations assez nombreuses que nous avons faites le prouvent, et ceux qui liront l'ouvrage ne nous démentiront pas. Si l'on est médecin expérimenté, quand on est vieux médecin, et qu'on a eu occasion de beaucoup voir, M. S. parle sans doute par expérience. Mais cela suffit-il pour éblouir ceux qui ont fait des études consciencieuses et qui ont un bon jugement? Certainement non, parce qu'ils savent qu'il faut, outre les occasions et le temps, le talent d'observation qui lui-même suppose des connaissances multipliées et un peu de génie. Nous engageons beaucoup nos lecteurs à juger par eux-mêmes le livre que nous leur annonçons; ils y trouveront mille choses originales, paradoxales, singulières. Cependant il est nécessaire qu'ils s'arment de patience; le style en est un tant soit peu embrouillé et incorrect, l'auteur a eu trop bonne opinion de sa manière d'écrire comme de sa manière de penser. Souvent M. S. est caustique, c'est même le caractère le plus saillant de son génie. Tout ce que d'autres ont fait de bon depuis qu'il est auteur, lui a été emprunté; tout le monde se pare de ses plumes, bien entendu sans le nommer: le reste est ou insignifiant ou mauvais.

C'est dans cet esprit que le livre est écrit. Cependant nous n'y avons rien rencontré qui puisse justifier les prétentions de l'auteur. C'est à peine si l'on trouve par-ci par-là une idée réellement pratique, qui est ordinairement noyée dans des explications difficiles à comprendre.

M. S. aurait dû tenir sa parole. En 1825, il a dit qu'il n'écrirait probablement plus. Nous pouvons l'assurer que les accoucheurs français perdront infiniment de la bonne opinion qu'ils avaient de ses talens, tandis qu'ils ne le connaissaient pas. Carus, qui ne peut pas être suspecté (comme

on nous suspectera peut-être) de partialité, a fait voir, en Allemagne (dans le *Repertorium* de Rust), quelle attention méritent les doctrines de l'auteur. Nous les avons jugées en conscience, nous n'avons rien à envier à M. S., d'autres nous apprendront si nous avons dit la vérité.

STOLTZ.

Die Lungenschwindsucht heilbar, von RAMADGE; aus dem engl. übersetzt, von HOHNBAUM. Hildburgh. und New-York, 1835. — *La phthisie pulmonaire guérissable*, par RAMADGE; trad. de l'anglais, par HOHNBAUM.

Il n'est guère permis au praticien consciencieux de s'arrêter à toutes les prétendues nouvelles découvertes de remèdes contre les divers fléaux qui attristent l'humanité; néanmoins on lira avec intérêt les vues toutes neuves et originales sur un nouveau traitement à employer contre la phthisie pulmonaire.

L'auteur est depuis quatorze ans médecin de l'hospice des phthisiques à Londres; il a fait l'autopsie de trois mille cadavres, et a traité un nombre infiniment plus grand de phthisiques.

On sait que dans les îles britanniques, et en Angleterre principalement, la phthisie est extrêmement fréquente. Le quart au moins de tous les décès est dû à cette maladie. L'auteur voit les causes de cette fréquence dans la fluctuation permanente de la santé en général, par suite des variations atmosphériques et des affections morales, et dans une constitution vicieuse des hommes en Angleterre, qui réside notamment dans une structure acuminée du

thorax, et par suite dans une angustie de la partie supérieure de cette cavité.

Ce vice de construction de la carcasse osseuse qui loge le poumon, joint à des influences débilitantes de tout genre, engendrent les tubercules. Ils sont les seules causes directes de la phthisie pulmonaire.

M. Ramadge admet, comme causes particulières de la phthisie, l'hérédité. Il nie la contagion; il n'admet point les miasmes, les exhalaisons malsaines, la poussière, etc., comme cause de la phthisie. La pneumonie, la pleurésie, les maladies exanthématiques, la syphilis, le refroidissement, etc., sont des causes très-indirectes, et donnent rarement lieu à la maladie.

Comment une faiblesse générale, un abattement moral, contribuent-ils à la production de la maladie? C'est qu'ils donnent lieu à une respiration habituellement imparfaite; alors l'air ne dilatant point aussi uniformément et aussi complètement le poumon, l'hématose en souffre; il se produit un état cachectique qui favorise le développement des tubercules.

Dans le diagnostic de la maladie, M. Ramadge tire beaucoup de partie de l'auscultation. Il a plus de confiance dans la percussion et dans l'auscultation, au moyen de l'oreille seule, que dans le stéthoscope.

Le diagnostic et la description de la maladie offrent beaucoup de choses intéressantes et pratiques, qui ne sont guère susceptibles d'une analyse succincte.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, M. Ramadge expose qu'il ne saurait admettre avec M. Lombard, de Genève, que le tubercule agit sur les parties qui le renferment comme un corps étranger, en produisant ainsi la suppuration, de même que le fait le corps étranger dans le

cautère; il dit, au contraire, avoir observé du pus dans l'intérieur des tubercules même, et là où il n'y avait aucun tissu étranger qui eût pu en secréter.

Les crachats purulens ne sont point le résultat d'une sécrétion bronchique viciée, mais sont sécrétés, comme le pense Bayle, par des fausses membranes; car dit-il, ce n'est guère qu'à la fin de la maladie, ou quand elle guérit au moyen d'une affection bronchique, qu'on observe l'affection des bronches, tandis que les crachats purulens ont pu avoir lieu antérieurement. On trouve d'ailleurs rarement après la mort ces cavités à l'état de vacuité, mais bien remplies de matières puriformes, absolument semblables à celles rejetées par le malade avant la mort.

L'auteur passant ensuite aux tubercules enkystés, observe que dans douze cas, il a trouvé des tubercules non ramollis, enveloppés, soit par une substance membraneuse particulière, soit par du tissu pulmonaire condensé; en sorte que le dépôt noir, occasioné par l'irritation tuberculeuse, a formé le kyste, qui rend quelquefois la maladie stationnaire pour toute la durée de la vie.

L'auteur envisage le dépôt de la matière tuberculeuse en général comme le résultat d'une sécrétion spéciale morbide, suite d'une nutrition viciée. Il croit à la résorption des tubercules, et il y a par conséquent, selon lui, deux modes de guérison possibles : l'enkystement ou l'insulation et la résorption.

Pour expliquer la cicatrisation des cavernes tuberculeuses, M. Ramadge admet que l'irritation se propage de l'enveloppe de la caverne sur les ramifications bronchiques voisines, qu'il s'en suit un état emphysémateux par l'incarcération de l'air dans l'acte de l'expiration. Cette dilatation morbide des cellules aëriennes augmente le volume du pou-

mon, et produit ainsi une compression constante sur l'enveloppe du kyste. Alors il se fait une apposition, une réunion des parois de la caverne. L'ulcère guérit par première intention [1]. Le poumon des asthmatiques se trouve habituellement dans ces conditions. Aussi les asthmatiques restent-ils constamment libres de phthisie, et l'asthme ou la dyspnée sont souvent la suite d'une phthisie plus ou moins parfaitement guérie. L'auteur va plus loin, il affirme que si un homme phthisique, devenu asthmatique, procrée des enfans, ceux-ci ne deviendront point phthisiques, tandis que ceux procréés avant l'asthme salutaire le seront presque infailliblement.

Dans les autopsies, l'on voit chez plus d'un quart des morts adultes des cicatrices de tubercules guéris et confirmés par des symptômes antérieurs.

Toute affection catarrhale ou irritation partant du siége de la maladie, et se propageant sur les ramifications bronchiques, qui aura pour suite un emphysème vésiculaire général, rendra dorénavant impossible la formation des tubercules.

Il cite un assez grand nombre d'observations de phthisies, confirmées et guéries par l'accession d'une affection catarrhale bronchique.

L'auteur part du principe, qu'une respiration habituellement imparfaite, petite, peut donner lieu à la phthisie tuberculeuse, en ce que l'air ne dilatant point les limites de l'organe respiratoire ou les dernières cellules aériennes, la formation des tubercules y devient plus facile qu'ailleurs, tandis que l'hématose est viciée et produit une vraie ca-

[1] La grossesse, selon l'auteur, guérit souvent la phthisie de la même manière, c'est-à-dire par la compression des cavernes tuberculeuses.

chexie humorale, une diathèse tuberculeuse. Il fonde là-dessus son traitement, qui consiste à entretenir une dilatation harmonique et soutenue des cellules aériennes, et par suite la compression des parties déjà envahies par la maladie.

Ainsi, il recommande comme traitement prophylactique, une diète nutritive, du mouvement, un air vif, la gaîté de cœur, etc., etc., en un mot tout ce qui entretient une respiration forte et égale.

Le traitement curatif consiste à localiser la maladie et à la rendre chronique, et à dilater artificiellement les parties du poumon qui sont accessibles à l'air.

L'auteur est très-détaillé dans les conseils qu'il donne. Nous nous bornerons à extraire ce qui nous a paru digne de remarque.

Pour combattre les symptômes de la fièvre hectique, l'auteur ne connaît de meilleurs remèdes que les évacuations sanguines très-modérées.

Elles sont le plus sûr moyen pour combattre la diarrhée et les sueurs colliquatives.

Il recommande d'être sobre de purgatifs et d'émétiques. Le mercure est toujours nuisible; l'ipécacuanha agit comme astringent; le tartre stibié agit sur les sécrétions.

Les expectorans n'ont point en général une action spécifique sur le poumon.

Il ne faut pas trop combattre la toux, car souvent elle est salutaire, en produisant l'emphysème du poumon.

Les narcotiques, la digitale, l'acide prussique, la jusquiame, l'opium, sont d'un faible secours dans cette maladie.

Il blâme l'administration de l'acide sulfurique, et loue l'emploi du plomb.

Il rejette les préparations ferrugineuses. Il prône la chaux contre la diarrhée colliquative. Il ne veut point de quinquina, plutôt du colombo ou de la cascarille.

Les baumes ne peuvent jamais guérir l'ulcération du poumon, car les ulcères ne guérissent pas par granulation, mais seulement par réunion de leurs bords.

Tout ce que dit l'auteur sur l'emploi de ces médicamens offre peu d'intérêt, et prouve qu'il ne connaît pas assez la valeur des agens thérapeutiques.

M. Ramadge rejette entièrement le régime lacté. Quant au climat, l'auteur professe une opinion diamétralement opposée à celle reçue ordinairement. Il envoie ses malades dans des climats rudes, afin de leur susciter des catarrhes.

Enfin, j'en viens à son appareil de dilatation du poumon, à sa machine à inhalation. Cette machine a pour but d'introduire des vapeurs dans le poumon en plus ou moins grande quantité, et de mettre un obstacle à l'expiration pour retenir l'air et produire ainsi la dilatation tant désirée.

Cette machine n'offre cependant rien de particulier. C'est un vase de la contenance de trois litres à peu près, auquel se trouve adapté un tuyau mobile, mince et long de cinq pieds, pour que les vapeurs qui s'échappent du vase au moyen d'une lampe à alcool n'arrivent pas trop chaudes à la bouche du malade.

L'auteur s'est trop peu appesanti sur le jeu de la machine et sur la manière de s'en servir.

Les substances inhalées n'agissent que mécaniquement. L'auteur cependant préfère de faire inhaler la vapeur du houblon, du vinaigre ou de la térébenthine. On fait les inhalations deux ou trois fois par jour pendant une demi-heure. Au bout d'un mois de ces exercices, il y a augmentation très-sensible dans le volume de la cavité thoracique.

Suivent des observations de maladies.

Quoiqu'il nous semble que l'auteur attribue beaucoup trop à l'accession d'un catarrhe comme moyen de guérison de la phthisie, et qu'il rétorque quelquefois les faits ou qu'il fait violence aux lois de la physiologie pour étayer sa théorie, il serait cependant téméraire de notre part et peu conforme au désir que nous devons avoir de soulager l'humanité souffrante, de ne point prêter une attention sérieuse aux observations d'un médecin qui a eu tant d'occasions de traiter la maladie en question, et qui, dans son ouvrage, donne plus d'une preuve de la justesse de certaines de ses vues.

T. B.

Essai sur l'étiologie des tubercules pulmonaires, par CHRÉT. STAUB. (Dissertation présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg, le 10 mars 1835.)

Cette Dissertation est un ouvrage consciencieux, très-riche de recherches, et où cependant la critique la plus éclairée vient à chaque instant témoigner de l'esprit éminemment judicieux dont l'auteur a fait preuve.

L'auteur divise son ouvrage en deux sections, dont la première est consacrée à l'étude des causes prédisposantes; la seconde, à l'examen des causes qu'il regarde comme occasionelles.

Cette distinction classique est parfaitement juste; on pourrait toutefois reprocher à M. Staub de s'être écarté en ce qui concerne les causes occasionelles de l'acception ordinaire donnée à cette expression.

Si nous ne nous trompons, il faut entendre par causes occasionelles toutes celles qui peuvent fortuitement donner lieu à des dérangemens morbides, tels que l'impression du froid, la suppression de certaines évacuations, les émotions, les écarts dans le régime. Ici, au contraire, nous ne trouvons dans cette seconde section que l'indication d'autres maladies, telles que l'hémopthysie, la bronchite, la pneumonie, etc.; et, chose singulière, la contagion des tubercules est traitée dans cette même section.

Ce léger défaut de distribution dans les nombreux matériaux de cette Thèse, tient à ce que l'auteur a fait suivre chaque indication des causes prédisposantes ou des conditions organiques de l'étude des causes occasionelles qui les favorisent le plus habituellement; arrivé alors à sa seconde section, et sacrifiant aux divisions scolastiques, il n'a pu parler que des maladies qui disposent ou auxquelles on a attribué la propriété de disposer au développement des tubercules pulmonaires.

L'auteur a évité sagement toute discussion sur la cause prochaine des tubercules. Il ne s'occupe nullement de l'anatomie pathologique des tubercules. Nous regrettons qu'il n'ait point exercé sa sagacité sur la question importante de savoir s'il existe plusieurs espèces de tubercules pulmonaires; si le tubercule constitutionnel ou héréditaire ne diffère en rien du tubercule accidentel ou acquis.

Peut-être des recherches faites avec plus de soin encore, nous apprendront-elles s'il n'y aurait pas moyen, à l'aide de caractères anatomiques, c'est-à-dire physiques, et peut-être à l'aide de caractères chimiques de distinguer ces deux sortes de productions parasytes. Il serait curieux de rechercher surtout si, en procédant par les procédés si

ingénieux de Raspail, on n'arriverait point à ce résultat.

La pratique nous indique cette différence; les tubercules accidentels paraissaient avoir disparu quelquefois : cela résulte d'expériences faites sur les animaux et des inductions qu'il est permis de tirer de quelques guérisons obtenues, lorsque déjà la tuberculisation était manifeste.

Il paraîtrait aussi d'après M. Staub, que les tubercules accidentels seraient privés de la faculté d'agir par voie de contagion.

L'auteur consacre un premier chapitre à l'examen de la question si ardue de l'hérédité.

Et d'abord, pour ce qui concerne sa fréquence, il rejette, sans la combattre, l'estimation d'un médecin, dans lequel nous avons la plus grande confiance sous tous les rapports, et principalement en ce qui regarde les relevés statistiques des maladies. M. Louis n'a rattaché à l'hérédité qu'un dixième des phthisies qu'il a observées. M. Staub penche pour l'opinion de Portal, qui porte cette proportion aux deux tiers.

M. Staub ne pouvait laisser passer inaperçue la question de savoir s'il n'y a dans l'hérédité que prédisposition organique, ou si le tubercule lui-même se trouve en germes dans les organes et se développe avec eux.

L'auteur n'admet que l'hérédité par prédisposition organique, ou vice de conformation interne. Cette question est nécessairement du nombre de celles qui seront longtemps encore agitées. Nous avouons qu'elle nous paraît insoluble dans l'état actuel de la science. Cependant nous croyons, qu'on pourrait combattre avec une apparence de raison les motifs sur lesquels l'auteur fonde son choix.

« Sur quels moyens préservatifs, dit-il, pourrions-nous fonder notre espoir (dans l'emploi des moyens prophy-

lactiques), si la maladie commençait à se développer nécessairement avec l'acte qui donne naissance à l'être? »

Nous demanderons à notre tour, s'il n'est pas pour le moins aussi difficile d'enrayer les effets d'un vice de construction interne que ceux qui proviendront des tubercules.

Il est du devoir du médecin de tenter tous les moyens prophylactiques, et nous ne voyons pas qu'ils puissent être différens dans les deux suppositions. Si quelques praticiens distingués (pag. 7) élèvent des doutes sur le fait de tubercules trouvés dans les poumons du fœtus, nous regardons comme fortifiant notre manière de voir l'explication qu'en donne l'auteur, en disant qu'alors la mère, frappée d'une diathèse tuberculeuse générale, a transmis à son fruit un véritable principe infectant.

La prédisposition n'explique pas mieux que la transmission matérielle, pourquoi les enfans, issus de parens phthisiques, ne dépérissent pas nécessairement comme les auteurs de leurs jours. Le travail qui s'établit plus tard dans les tubercules pouvant demeurer suspendu, ou ne marcher que très-lentement.

Un tuberculeux doit-il nécessairement périr, toute cause accidentelle ou prématurée de mort n'existant pas?

Cette question est encore en litige; et en la résolvant négativement, on aura la clé de ces générations épargnées entre les ascendans et les descendans qui succombent à la phthisie.

Les tubercules ne se transmettent-ils que lorsqu'ils ont atteint un certain degré de développement, lorsqu'ils vivent pour ainsi dire de leur vie propre, lorsqu'ils ne sont plus à l'état de germe; alors aussi dans l'affirmative on concevrait pourquoi les puînés des familles en sont plus

souvent affectés? Ces tubercules capables d'occasioner cette modification remarquable des doigts et des orteils ne pourraient-ils pas aussi être la cause de ce que l'on nomme des prédispositions organiques, et dans ce cas ne prendrait-on pas les effets eux-mêmes pour la cause?

L'auteur se demande ce que deviendraient les germes au milieu des éternels mouvemens de composition et de décomposition organiques. Nous lui demanderons à notre tour ce que devient le cœur, la rate, le foie.

La trâme de tous nos organes subsiste toujours, la forme s'en conserve à travers tous ces mouvemens; pourquoi n'en serait-il pas de même du tubercule héréditaire, qui, d'après l'auteur, une fois formé, ne disparaît jamais?

Au reste la nature procède par tant de voies, qu'il est peut-être peu philosophique de n'admettre qu'un seul mode d'hérédité; il nous semble plus raisonnable d'admettre que la phthisie peut dépendre de tubercules formés accidentellement et par des causes occasionelles proprement dites, et de tubercules héréditaires dans toute la force du terme, et de tubercules provenant d'une simple prédisposition originelle et organique.

Qui sait même si plus tard chacune de ces trois divisions, ne formera point autant de genres comprenant plusieurs espèces.

Ce sont ces recherches sur les causes spéciales des maladies, de même que sur la spécialité des agens thérapeutiques qui caractérisent la médecine, je ne dirai pas moderne, mais nouvelle; c'est là où est le progrès, c'est vers ces déterminations que doivent tendre tous ses efforts; il ne lui est plus permis de se passionner pour telle ou telle théorie; tous ces systèmes qui ont quelque chose de vrai en eux, mais qui se suicident en voulant tout faire rentrer

à pallier en vain, en attendant le spécifique qui doit le guérir. C'est M. le recteur de l'Académie qui a été chargé par le ministre de le trouver. La besogne était rude et difficile, M. le recteur s'en est tiré avec honneur; nous lui devons des éloges et des remercîmens sincères.

Si les mesures qu'il a proposées ne sauraient élever nos cliniques au rang de celles que possèdent la capitale, elles produiront au moins des améliorations qui permettront aux élèves d'achever l'éducation médicale commencée.

Mais pour bien vous faire comprendre la portée de ces mesures il faut que je reprenne d'un peu loin.

Vous savez que nous n'avons qu'un hôpital civil à Strasbourg, et que cet hôpital est une fondation régie par une administration spéciale. Lors de la création des écoles, un petit nombre de lits fut accordé à l'enseignement pratique de la Faculté, et l'an VII de la république, la commission des hospices décréta que les professeurs de clinique auraient le droit de choisir leurs malades parmi les entrans, et d'évacuer sur d'autres services ceux qui ne présentent plus d'intérêt pour l'enseignement. Mais cet arrêté ne fut jamais exécuté par des raisons que je ne veux point examiner ici. Nos cliniques étaient donc bien loin d'avoir l'extension convenable. Le zèle et les talens de savans professeurs brillèrent en vain dans un cercle trop restreint, ils ne purent fixer la nouvelle génération médicale. Car sur la rive droite du Rhin s'élevèrent de redoutables rivales, les écoles de Heidelberg et de Fribourg, et Paris exerça sa force d'attraction jusque dans nos départemens. Il faut arriver jusqu'en 1829 et 1833 pour voir quelques améliorations, bien tardives sans doute. A ces époques, la Faculté obtint la confirmation de l'arrêté de l'an VII sur la répar-

tition des malades, avec addition d'un article qui dit : « Que les médecins ou chirurgiens de l'hospice seraient désormais pris parmi les professeurs ou agrégés de la Faculté; » c'était en appeler au temps pour un mal qui demandait un remède plus prompt et plus efficace. Enfin un local plus étendu et plus convenable fut assigné à la clinique. La chirurgie néanmoins resta pauvre en cas; la clinique d'accouchement vit diminuer peu à peu le nombre des femmes enceintes, car une mesure municipale expulsait toutes celles qui n'étaient pas de la ville; la clinique médicale enfin, était le plus souvent encombrée de cas chroniques, car l'exécution du réglement sur la répartition des malades rencontra d'un côté la susceptibilité des médecins en chef, et de l'autre le manque d'énergie pour en triompher.

Tel était l'état des choses quand arriva la lettre ministérielle qui charge M. le recteur de pourvoir aux moyens d'améliorer notre enseignement pratique. Les mesures auxquelles il s'est arrêté sont les suivantes :

1° La stricte exécution des arrêtés de la commission des hospices de l'an VII, 1829 et 1833.

2° La concession pour la clinique médicale de 30 lits pour hommes et de 30 lits pour femmes; pour la clinique chirurgicale, de 30 lits pour hommes et 10 lits pour femmes.

3° La création d'un certain nombre de lits au service chirurgical pour recevoir les malades du département, et le rapport de la mesure municipale qui expulse les femmes enceintes étrangères à la ville.

5° Un vote de 10,500 fr. du conseil départemental pour l'admission des cas de chirurgie du département.

6° La subvention intégrale accordée par le conseil municipal aux hospices.

On dit que la première proposition aurait jeté l'alarme parmi les médecins et chirurgien en chef de l'hôpital civil, et que des réclamations instantes auraient été adressées à la commission des hospices pour arrêter les progrès des institutions cliniques.

Nous avons peine à croire à une opposition sérieuse de la part d'hommes éclairés dont la longue et honorable carrière a signalé le dévoûment au bien public.

En quoi, nous le demandons, la stricte exécution du réglement peut-elle encourir la désapprobation de MM. les médecins et chirurgien de l'hôpital civil? Est-elle incompatible avec la régularité du service et le bien des malades?

Peut-elle léser les intérêts ou blesser la susceptibilité des médecins titulaires? Nous ne le pensons pas.

Serait-il vrai qu'on ait sérieusement objecté: que ce serait faire violence aux malades que de vouloir les enlever aux autres médecins, auxquels ils ont peut-être donné leur confiance; que des malades pourraient rester trente-six heures sans secours, parce qu'en entrant à la clinique après la visite, ils ne seraient évacués que le lendemain, et cela après la visite des autres médecins, qui de cette manière ne les verraient que le surlendemain de leur entrée? Comment croire qu'un professeur de clinique prétende garder dans ses salles des malades, rares sans doute, qui ne voudraient pas de ses soins et réclameraient ceux d'un confrère? Comment croire que des malades pourraient rester trente-six heures sans secours, quand on sait, qu'immédiatement après leur entrée ils sont vus par des aides intelligens et instruits qui leur donnent immédiatement les secours que leur état peut réclamer, et que le soir même le professeur fait une seconde visite, après laquelle les malades qui ne doivent pas rester sont évacués.

Serait-il vrai encore que l'on ait prétendu que les mesures proposées étaient en opposition avec le vœu de la fondation, tout de charité et de soulagement, et qui par conséquent ne veut pas que l'on *expérimente* sur les malades ou qu'on les torture par des explorations inutiles, tels que la stéthoscopie, la percussion répétée par un grand nombre d'élèves, qui ne veut pas que l'on touche les femmes enceintes, et cela jusqu'à les faire avorter, etc. !!!

Oh! sans doute, si les cliniques n'étaient que des laboratoires où l'on *expérimente* sur la nature vivante, on aurait raison non de les restreindre autant que possible, mais de les bannir du monde civilisé. Mais dans une clinique on n'expérimente pas, on *traite* les malades. Les médications que l'expérience a sanctionnées sont seules employées, et si des médicamens nouveaux sont quelquefois essayés, cela n'a-t-il pas lieu dans la pratique civile aussi bien que dans tous les services des hôpitaux?

Il nous serait pénible de croire que des médecins instruits puissent mettre de semblables raisons en avant pour s'opposer au développement des cliniques.

Mais s'il est impossible d'admettre que les mesures proposées compromettent le salut des malades, pourraient-elles léser les droits ou porter atteinte aux prérogatives des autres chefs de service? Ah! sans doute, si leur tendance était d'enlever à des hommes vieillis au lit des malades, des droits acquis par de longs et honorables services, on leur jetterait avec raison l'anathème. Mais il n'en est pas ainsi.

Le droit de distribuer les malades dans les différens services appartient à l'administration; si, pour favoriser l'instruction, elle permet aux professeurs de clinique de faire un choix, elle ne prive pas pour cela les autres médecins d'un droit, car ce droit il ne l'*ont jamais eu*.

Dira-t-on que ce droit accordé à la clinique privera les autres services de tous les cas intéressans, et que là git l'injustice. Mon Dieu! ne sait-on pas que si le professeur de clinique doit pouvoir choisir ses malades, c'est, non pas pour avoir des cas qu'on dit rares, graves ou intéressans par excellence, mais pour avoir la faculté de pouvoir présenter aux élèves les individualités morbides dans un certain ordre, et avec une variété convenable. Il ne s'agit donc pas d'accaparer dans une clinique tous les cas dits intéressans qui se présentent, mais des cas qui offrent un *intérêt actuel* pour l'enseignement, graves ou légers peu importe.

Le service de chirurgie seul pourrait déplorer la rareté des opérations à faire; mais si la mesure d'admettre les malades du département est adoptée, l'équilibre sera en partie rétabli.

Quant à la translation des malades de la clinique dans d'autres services, nous n'y voyons pas davantage matière à une opposition sérieuse.

On ne prétendra pas sans doute que le médecin qui reçoit des malades de la clinique, n'aura pas de données sur leur état antérieur et sur ce qui aura été tenté; car l'on sait que les observations des malades sont soigneusement recueillies à la clinique, et rien n'empêche qu'un extrait n'en soit délivré au médecin qui reçoit un malade évacué.

C'est à tort encore que l'on soutiendrait que les malades évacués ne seraient que des infirmes ou des convalescens, ne réclamant plus les secours de l'art, car on renvoie de l'hôpital les hommes qui sont guéris et ne restent qu'infirmes, et la convalescense est en général assez intéressante à observer pour que le nombre des convalescens évacués ne puisse jamais être que très-minime.

En un mot, nous ne voyons pas comment l'exécution

du réglement puisse léser les droits ou les prérogatives des médecins et chirurgiens en chef. Il ne porte aucune atteinte à leur caractère, aucun contrôle n'est exercé sur eux; ils restent maîtres et maîtres absolus dans leurs salles. C'est donc à tort qu'ils prétendraient être mis dans une condition subalterne; elle ne le sera pas davantage que celle d'un praticien qui traite un malade après qu'un confrère lui a déjà donné des soins.

Au reste, le même réglement est en vigueur dans tous les hôpitaux de Paris et d'Allemagne où il existe une clinique. Dieffenbach recevait bien des malades évacués de la clinique de Rust sans croire sa dignité compromise pour cela.

Si la commission des hospices est trop juste pour vouloir léser des droits acquis, elle est trop éclairée aussi pour ne pas donner une nouvelle approbation à des mesures qu'elle a déjà deux fois sanctionnées de son vote.

Une circonstance heureuse lui permettra également d'augmenter le nombre des lits de la clinique sans diminuer celui des autres services, c'est l'évacuation prochaine des aliénés à l'établissement de Steffansfeld. La seconde mesure proposée par M. le recteur se trouvera ainsi d'une exécution extrêmement facile.

Quant à l'augmentation des lits du service chirurgical, il serait injuste de le faire au détriment du service de M. le chirurgien en chef, il serait injuste encore de prétendre que la commission des hospices fasse des sacrifices pour l'enseignement. C'est la ville, c'est le département qui devront supporter les frais de cette création, qui leur profitera à tous deux; au département, en ce que ses malades pourront recevoir des soins chirurgicaux qu'il serait impossible à MM. les médecins cantonaux de leur donner; à

la ville, en ce que le nombre des élèves augmentant en proportion des améliorations de l'enseignement, profitera à ses habitans.

Déjà le conseil municipal a donné un vote favorable; le conseil départemental est composé d'hommes trop éclairés pour vouloir rester en arrière.

Enfin, le rapport de la mesure municipale qui expulse hors la ville les femmes enceintes ne saurait éprouver de difficulté. Cette mesure est inhumaine et antisociale; elle favorise les crimes d'avortement et d'infanticide, déjà trop fréquens.

J'espère donc, mon cher confrère, pouvoir bientôt vous annoncer que tout a marché selon nos désirs, et que dans quelque temps d'ici vous ne serez plus obligé d'envoyer votre fils soit à Paris, soit à Berlin, pour compléter son éducation médicale commencée près de vous, ce sera alors un luxe et non une *nécessité.*

En attendant, j'ai l'honneur d'être votre très-humble et très-obéissant serviteur.

C. S.

P. S. J'oubliais presque de vous dire que notre conseil municipal était tellement en veine d'améliorer nos institutions médicales, qu'il s'est laissé entraîner à la nomination d'un chirurgien, chargé de saigner, ventouser et panser les pauvres des quatre cantons de la ville. Si nous devons de la reconnaissance pour les bonnes intentions, il nous est impossible de ne pas désapprouver cette mesure, comme manquant tout-à-fait le but qu'on s'est proposé d'atteindre; car il est impossible de comprendre comment un seul homme pourrait satisfaire aux exigences de cette place.

Lettre reçue du Haut-Rhin et relative à l'exercice de l'art des accouchemens.

S...., le 29 a.... 1835.

MON CHER MAITRE ET AMI,

Depuis que je vous ai quitté pour aller prendre quelques repos au sein de ma famille, j'ai été témoin de la manière irrationnelle et même barbare dont se pratique l'art des accouchemens dans les campagnes. J'ai vu les préceptes les plus indispensables négligés, et la témérité et l'ignorance associées pour faire des victimes. J'en ai profondément gémi pour l'humanité. Puissent un jour vos leçons porter leurs fruits dans ces campagnes privées de secours, et fermer une plaie aussi profonde!

Je fus appelé le 25 de ce mois auprès d'une jeune femme, âgée de vingt-deux ans et primipare, qu'on disait ne pas pouvoir être accouchée, quoique assistée de deux accoucheurs et de deux sage-femmes. Avant mon arrivée, l'un des accoucheurs avait appliqué cinq fois consécutivement les forceps droit et courbe de Smellie, pour saisir la tête de l'enfant, placée, disait-il, au-dessus du détroit supérieur. Chaque fois l'instrument avait glissé, et la tête, attirée dans l'excavation, était remontée au-dessus du détroit; ce que l'opérateur regardait comme une preuve *évidente* de l'étroitesse du bassin, d'où il avait conclu encore qu'il y avait indication pressante de faire la perforation du crâne. Toute espèce de mensuration du bassin avait été négligée. Le perce-crâne fût introduit; mais la tête, trop mobile, fuyait comme par enchantement le terrible instrument, qui, sans doute, agit alors sur quelque

partie qu'il eut été important de ne pas intéresser. La science de l'accoucheur était épuisée; il ne voyait plus pour la pauvre patiente qu'un seul moyen de salut, c'était de réappliquer le forceps, d'attirer la tête dans l'excavation et de la maintenir dans cette position pour faire la céphalotomie.

A mon tour, j'interroge la femme, et je l'explore. Elle m'apprend que depuis sa tendre enfance elle a toujours joui d'une bonne santé, que sa grossesse a été heureuse, mais qu'elle ne croit pas être arrivée tout-à-fait à terme; que les douleurs, quoique durant depuis trois jours, n'ont jamais été fortes, et qu'elles ont complètement cessé depuis l'application des instrumens, qui lui ont causé des douleurs atroces. L'accoucheur ajoute qu'il a eu toutes les peines à trouver l'orifice de la matrice et à le dilater. D'après l'exploration extérieure, le bassin me parut bien conformé, mais il y avait une obliquité latérale gauche de l'utérus. En touchant avec un doigt, j'arrivais à peine à l'orifice situé fort haut. A droite, entre ses bords flasques et lacérés, passait le cordon ombilical déchiré et attiré au dehors par les instrumens. La tête était tellement élevée, que je ne pus l'atteindre qu'en introduisant l'indicateur et le médius; elle était de plus très-mobile.

L'indication ne me parut pas difficile à déterminer. La nature avait été tourmentée, entravée dans sa marche. Après une demi-heure de repos, pendant lequel la femme, épuisée par les manœuvres exercées sur elle, recouvra quelques forces, je la fis coucher sur le côté droit pour corriger l'obliquité de la matrice, et je lui administrai le seigle ergoté à la dose de quinze grains de quart d'heure en quart d'heure, espérant ranimer les contractions utérines. De cette manière, j'obtins de l'accoucheur un mo-

ment de repit pour la femme, et je l'empêchai d'entreprendre une opération inutile et cruelle.

Au bout de deux heures, voyant que le seigle ergoté était inefficace, je touchai de nouveau, et reconnus que la position du fœtus avait changé et qu'une *épaule* se présentait. Je proposai alors la version. Malgré mes représentations, l'accoucheur s'obstinait à vouloir réappliquer le forceps. Il échoue dans l'introduction de la première branche. Aussitôt il change de main, pénètre dans la matrice, rencontre facilement les pieds du fœtus et les attire au dehors. L'extraction de la tête offrit quelques difficultés. Je me chargeai de cette partie de l'opération, qui fut terminée en quelques instans.

L'accoucheur, suivant son habitude sans doute, réintroduit immédiatement après la main dans la matrice pour en retirer l'arrière-faix. Au même instant il s'écrie, donnez-moi mon forceps, il y a un second enfant que je vais amener de suite. Cette assertion me paraissant douteuse, j'introduisis à mon tour la main. Je frémis en saisissant à nu la vessie qui faisait saillie dans l'utérus *déchiré.* Par une ouverture assez grande pour laisser passer toute ma main, je pénétrai jusqu'aux fausses côtes. Je me hâte de la retirer, j'annonce à l'accoucheur sa méprise et l'accident terrible auquel il a donné lieu. Il le reconnut lui-même, et peu de minutes après, il partit et ne revint plus.

L'accouchée resta confiée à mes soins. Elle était tellement faible que je croyais la voir expirer à chaque moment. Il n'y eut point de réaction. A peine le bas-ventre devint-il un peu douloureux à l'endroit correspondant à la déchirure utérine. Le lendemain, le ventre était affaissé, la face grippée, la langue sèche, la soif inextinguible. A cela se joignirent bientôt des vomissemens et le hoquet. Le pouls

était filiforme, extrêmement fréquent. L'écoulement lochial répandait une odeur gangréneuse. Néanmoins la malade ne succomba que le 28 au matin, ayant conservé jusqu'au dernier moment ses facultés intellectuelles dans toute leur intégrité. Je réclamai avec instance la permission de faire l'autopsie; mais la famille, appartenant au culte israélite, me la refusa par des motifs religieux.

Agréez l'assurance, etc. B.

A la campagne, l'art des accouchemens est exercé en général par des officiers de santé, qui n'ont pas eu les moyens ni les occasions d'acquérir les connaissances nécessaires pour la pratique de cet art. Cependant toutes les opérations obstétricales peuvent être comparées à de grandes opérations de chirurgie dont l'exercice est défendu aux officiers de santé. Mais comme il n'y a pas de police médicale en France, personne n'ose le leur reprocher et encore moins les attaquer en justice. Ces ignorans abusent surtout de la perforation du crâne, qui, entre leurs mains, est un moyen héroïque. Il n'est pas rare d'entendre dire que la matrice a été perforée. Bienheureuses les femmes qui échappent après avoir laissé sacrifier leur enfant et qui ne sont pas éventrées par des hommes dont la réputation usurpée est ordinairement acquise par un honteux charlatanisme et la tolérance de nos lois!



Mémoire et Observations sur la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin; par J. A. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(SUITE ET FIN.)

A la fin de la deuxième partie de ce Mémoire[1], j'ai dit que l'on a fait, contre la provocation de l'accouchement prématuré, des objections plus fondées que celles que j'avais examinées jusqu'alors, et que ces objections se rapportaient aux difficultés de déterminer la conformation exacte du bassin de la mère et le volume du fœtus, de fixer l'époque de la grossesse, de provoquer un travail régulier, etc. Je vais examiner maintenant la solidité de ces objections avant de fixer les indications de l'accouchement prématuré et de faire connaître les différentes manières de le provoquer.

Pour se convaincre des difficultés qu'on peut rencontrer dans la recherche de la conformation du bassin et dans la détermination de l'étendue de ses diamètres, on n'a qu'à considérer le grand nombre d'instrumens qui ont été inventés à cet effet. Néanmoins, de ce que cet examen est souvent hérissé de difficultés, il ne faut pas conclure qu'on ne puisse jamais en obtenir que des résultats insuffisans; dans la plupart des cas, on parvient, en suivant quelques-uns des procédés qui ont été recommandés, à reconnaître assez exactement dans quel sens et jusqu'à quel point le bassin est déformé ou rétréci, mais rarement on peut

[1] Voy. tom. Ier de ces *Archives*, pag. 279.

indiquer ses dimensions à une ligne près. Ce n'est pas que tel accoucheur n'ait prétendu qu'au moyen de son pelvimètre, et tel autre, en plaçant les doigts d'une certaine façon, on peut les apprécier avec une exactitude mathématique. L'expérience a trop souvent fait voir que ces prétentions étaient exagérées, pour que l'on puisse espérer d'arriver à ce degré de perfection.

Un assez grand nombre d'explorations de bassins viciés m'ont appris que plus l'étroitesse est considérable, plus il est facile de la reconnaître, que la main d'abord et quelques instrumens simples, tels qu'une sonde de femme ou tout autre ressemblant au pelvimètre droit de Stein, sont les moyens les plus sûrs d'y parvenir; et que l'emploi du compas d'épaisseur de Baudelocque et du pelvimètre de Wellenbergh peut, dans certaines circonstances, rendre de très-grands services, en confirmant les résultats de l'exploration manuelle et instrumentale simple. Pour apprendre à connaître avec le plus d'exactitude possible combien le canal pelvien présente d'espace, l'introduction de la main est sans contredit le moyen le plus sûr; mais cette exploration interne ne peut être pratiquée que vers la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, et pour ainsi dire seulement dans ce dernier moment chez les primipares. On est donc réduit au toucher avec un ou plusieurs doigts, et à l'emploi des instrumens. Le plus souvent cependant, ce n'est pas chez les primipares que l'on provoque l'accouchement, mais chez des femmes qui ont accouché une ou plusieurs fois péniblement; chez celles-ci, on a pu constater avec tous les moyens que nous avons à notre disposition le degré d'étroitesse.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal est

celui dont il importe le plus de bien connaître la longueur. Neuf fois sur dix peut-être, ce sera l'étroitesse du détroit supérieur dans la direction du sacrum au pubis qui indiquera l'accouchement prématuré. Or, c'est le diamètre sacro-pubien de ce détroit qu'il est le plus facile de mesurer.

Enfin, si la difficulté d'apprécier exactement les différens degrés d'étroitesse du bassin est une grave objection contre l'accouchement prématuré artificiel, ne peut-on pas dire que cette difficulté existe également quand il s'agit de déterminer si l'application du forceps, l'opération césarienne, etc., sont indiquées? Rejette-t-on pour cela ces dernières opérations?

Le développement du fœtus, et en particulier celui de sa tête, partie du corps qui éprouve le plus de résistance de la part des voies génitales, parce qu'elle est la plus volumineuse et la plus dure, n'est pas toujours le même à une époque donnée de la grossesse. Le diamètre transverse de la tête, celui qui s'étend d'une bosse pariétale à l'autre, mérite la plus grande attention. C'est par ce diamètre que la tête se présente ordinairement au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin, lorsque celui-ci est rétréci d'avant en arrière; et c'est aussi dans le sens transversal seulement que la réduction du volume de la tête est profitable. En général, ce diamètre a 3″ 6‴ à terme, 3″ à huit mois, et 2″ 6‴ à sept mois. Ces dimensions peuvent varier de 3 à 6‴; savoir : de 3‴ en sus et d'autant en moins. Cette variabilité de la longueur du diamètre bipariétal a fixé l'attention de tous les accoucheurs qui ont parlé de la provocation de l'accouchement prématuré. Salomon, de Leyde, s'est occupé à déterminer cette étendue dans les différentes semaines des deux der-

niers mois de la grossesse, et l'a fixée ainsi qu'il suit : A trente-trois semaines, $2'' 7'''$; à trente-quatre, $2'' 9'''$; à trente-six, $2'' 11'''$; à quarante, $3'' 9'''$[1]. Elle augmenterait donc de $2'''$ à peu près par semaine. Les résultats de recherches faites dans le même but, et qui sont consignés dans la *Pratique des accouchemens* de Mme Lachapelle[2], ainsi que ceux obtenus par M. P. Dubois sur un nombre de près de quatre-vingts enfans, dont on a pu fixer approximativement l'âge intra-utérin, donnent à peu près la même moyenne[3], en même temps qu'ils font voir une extrême variation dans le volume de la tête.

Cette grande différence dans le volume de la tête du fœtus à une même époque de la grossesse, explique pourquoi une femme peut accoucher une et même plusieurs fois heureusement, quoiqu'elle ait une étroitesse absolue du bassin. Il ne faut donc pas s'imaginer qu'une femme qui a accouché une fois spontanément et d'un enfant vivant, doive toujours avoir des couches faciles; il ne faut pas conclure de là qu'elle n'aura jamais besoin d'être accouchée prématurément. La femme K., qui est le sujet de ma seconde observation, est un exemple du contraire. Je ne pense pas qu'aucun accoucheur, qui admet le principe de la provocation de l'accouchement prématuré, élève des doutes sur l'opportunité de l'opération dans le cas dont je parle. D'un autre côté, cette même variabilité dans le développement de la tête chez des enfans du même âge explique pourquoi une femme qui n'a pu être accouchée que d'enfans morts à plusieurs reprises, peut ensuite accoucher à terme d'un enfant vivant, sans que l'on soit obligé de recourir à

[1] Wellenbergh, ouvrage cité, p. 68.
[2] T. III, p. 435.
[3] Thèse de concours, p. 40 et 41.

l'hypothèse invraisemblable d'une ampliation du bassin depuis ce dernier accouchement [1], ou à une méprise dans la mensuration. J'ai vu, il y a quelques mois, une femme accoucher d'un enfant à terme et vivant après avoir eu trois couches difficiles et des enfans morts.

C. A., âgée de trente-quatre ans, de moyenne taille et d'une forte constitution; accoucha deux fois spontanément et à terme, mais d'enfans morts. Chaque fois le travail fut long et laborieux. Appelé la seconde fois, je trouvai la tête dans l'excavation; elle avait franchi l'obstacle qui rendait le travail difficile, et fut expulsée au bout d'un quart-d'heure. Un an après, cette personne redevint enceinte; elle se présenta chez moi au milieu de sa grossesse. Je lui proposai la provocation de l'accouchement avant terme, et elle y consentit. Après avoir bien réfléchi, je renonçai à cette opération, parce que je n'étais pas convaincu que la mort des deux premiers enfans avait eu pour cause le rétrécissement du bassin. Je laissai donc arriver la grossesse à terme.

Aussitôt que les premières contractions se furent manifestées, on m'appela. J'observai le travail pendant deux jours: les douleurs étaient vives, la tête du fœtus se présentait transversalement sur le détroit supérieur; mais elle s'y engagea à peine, quoiqu'il y eut des contractions énergiques et fréquentes. A la fin du second jour, l'état d'éréthisme de la mère et le danger que courait l'enfant de

[1] Lauverjat, pour expliquer l'accouchement à terme de femmes qui avaient subi l'opération césarienne, a supposé que chez elles le bassin s'était agrandi. Cette idée, dit-il (l'ampliation successive du bassin dans différens accouchemens), bien sentie, contribuera probablement aux progrès de l'art des accouchemens. (*Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, p. 25 et 26.)

perdre la vie, indiquèrent l'usage du forceps. Je ne me rappelle pas d'avoir employé autant de temps et autant de force pour extraire une tête. L'enfant était mort et sa tête écrasée dans le sens transversal, et cependant elle avait été saisie du front à l'occiput. La totalité du pariétal gauche était enfoncée, et par son bord supérieur il dépassait celui du côté opposé de plusieurs lignes; aussi le diamètre transverse avait-il été réduit à 3'' 3'''; tandis que l'antéro-postérieur présentait 4'' 6''', et l'occipito-mentonnier 5'' 3'''. L'enfant était volumineux. L'exploration manuelle et la mensuration, au moyen du pelvimètre de Wellenbergh, ne fournirent que 3'' 3 à 4''' d'étendue antéro-postérieure au détroit supérieur.

Cette personne devint grosse une quatrième fois, en automne 1834. Elle ne vint me trouver que lorsqu'elle ne comptait plus que trois semaines. L'exemple de la femme K. m'a retenu. Je n'ai pas voulu m'exposer à rencontrer des difficultés comme j'en avais eues chez cette dernière. C. A. accoucha huit ou dix jours avant le terme qu'elle m'avait indiqué, assez facilement d'un enfant mignon, dont la tête surtout était petite et presque ronde. Cet enfant, très-alerte, prit le sein de sa mère, et prospéra. Huit jours après sa naissance, j'examinai sa tête, tous les diamètres avaient quelques lignes de moins qu'à l'ordinaire, le bipariétal mesurait 3'' 4'''.

Si j'avais provoqué l'accouchement prématuré chez cette femme, j'aurais eu probablement un enfant vivant, que j'attribuais à mon opération; tandis qu'elle accoucha à terme, ou à peu près, d'un enfant bien portant. Cette facilité de sa naissance tenait uniquement à son peu de développement.

La tête du fœtus est d'autant plus molle, qu'il est plus

éloigné de sa maturité complète, par conséquent son volume peut être diminué plus facilement à sept ou à huit mois de grossesse qu'à terme. Cette propriété d'être réduite est assez généralement attribuée à la largeur des sutures et des fontanelles. Cependant sur un assez grand nombre de têtes d'enfans nés prématurément, j'ai trouvé, proportion gardée, ces espaces membraneux plus étroits que chez des enfans à terme; et je m'explique cette différence par l'accroissement rapide de la masse cérébrale vers la fin de la gestation. Mais le plus souvent chez les enfans de sept ou de huit mois, les os de la voûte du crâne sont plus minces, dépressibles comme du parchemin, surtout vers leurs bords, et pour cette raison faciles à se déformer et à revenir par leur propre élasticité à leur état primitif. On conçoit que cet état puisse favoriser le passage de la tête par un bassin rétréci. Il y a néanmoins des exceptions nombreuses à cette règle; souvent on est étonné du degré d'ossification de la tête d'un enfant né avant terme, tandis que d'autres, qui ont parcouru toutes les phases de leur accroissement intra-utérin, présentent quelquefois des fontanelles larges et des têtes réductibles.

Faut-il conclure de là que l'accouchement prématuré ne puisse pas être provoqué avec succès? Ce serait se refuser à l'évidence des faits. La compressibilité de la tête peut obvier, jusqu'à un certain point, à son excès de volume, qui fait exception à la règle générale.

Lorsqu'on veut fixer l'époque de la grossesse à laquelle une femme est arrivée, on a ordinairement recours à différens expédiens, qui fournissent des signes plus ou moins probables, mais rarement certains. D'après l'ordre naturel, la menstruation cesse dès que la conception a eu lieu, et immédiatement après celle-ci, la femme éprouve diffé-

rentes sensations auxquelles elle n'était pas habituée, et qui deviennent pour beaucoup de mères des signes non équivoques de gestation. Nous savons aussi que la conception se fait le plus souvent quelques jours après un écoulement menstruel régulier: c'est par cette fonction que la nature prépare la femme à concevoir. Enfin, c'est à mi-terme qu'elle sent d'ordinaire les mouvemens du fœtus pour la première fois. Ajoutons à cela les modifications anatomiques survenues dans les organes de la génération, surtout dans la matrice, et nous aurons une foule de signes qui ne devraient pas nous laisser dans l'incertitude.

Il n'est que trop vrai cependant que dans beaucoup de cas il n'est pas facile de fixer le commencement de la grossesse. Il y a tant d'irrégularité dans la succession des phénomènes de cette fonction, que l'on se tromperait à chaque instant si l'on voulait baser sur eux la fixation du terme auquel la gestation est arrivée. Mais il faut convenir aussi que ces difficultés, quelque grandes qu'elles soient, ne sont pas insurmontables. Une femme qui a déjà été mère, par exemple, est moins embarrassée dans ses calculs qu'une primipare, et celle qui a eu une couche malheureuse, observe avec la plus scrupuleuse attention les premiers phénomènes d'une nouvelle grossesse, et peut le plus souvent indiquer le jour ou la semaine de la conception. Enfin, lors même que la femme ne saurait rien dire de précis à cet égard, le médecin, par les réponses qu'elle lui donne aux questions relatives à son état, parvient à découvrir le terme avec plus ou moins d'exactitude. Une erreur de quelques jours ne peut sans doute pas être évitée. Alors, a-t-on dit, si vous opérez avant la révolution du septième mois, l'enfant ne sera pas viable; si vous opérez après l'époque que vous avez fixée par rap-

port au degré d'étroitesse du bassin, vous avez à craindre que l'enfant ne soit trop développé pour pouvoir franchir le rétrécissement sans en souffrir.

Il serait certainement fâcheux que l'on opérât trop tôt, c'est-à-dire avant la fin du septième mois, en admettant toutefois comme règle invariable que le fœtus ne soit absolument viable qu'à cet âge; il serait sans doute fâcheux, dis-je, que l'on provoquât l'accouchement avant cette époque, parce que le but qu'on se propose serait manqué; mais comme ce ne sont que les rétrécissemens les plus considérables qui exigent une pareille précision, on n'aura pas souvent à gémir d'une méprise. Quant aux inconvéniens qui peuvent résulter de ce que l'on a attendu trop long-temps, ils sont beaucoup moins graves; et cette objection ne devrait pas être faite par ceux qui pensent que, lors même qu'il existe une grande disproportion entre le volume de la tête du fœtus et les dimensions du bassin, la nature ne parvient pas moins à terminer heureusement le travail à terme, ou qui prétendent que nous avons des moyens sûrs de conserver alors la femme et son enfant. Il faut en effet compter un peu dans ces cas sur les ressources de la nature et sur celles de l'art.

Quoi qu'il en soit, il ne reste pas moins vrai que la difficulté de déterminer l'époque précise de la grossesse est une des objections les plus fondées contre la provocation de l'accouchement.

En cherchant à réfuter les argumens de Baudelocque contre la possibilité des accouchemens prématurés provoqués, j'ai dit qu'on ne pouvait pas nier que l'accouchement prématuré naturel ne fût plus facile et plus prompt dans la plupart des cas que celui qu'on excite à dessein par des

moyens quelconques. En effet, Baudelocque n'exagère pas, quand il dit que le travail prématuré « étant contraire aux vœux de la nature, les contractions cesseront le plus souvent au même instant que l'on discontinuera de les exciter, et le travail sera long et fatigant[1]. » Mais l'accouchement prématuré spontané est tout aussi contraire aux vœux de la nature, et cependant Baudelocque avoue qu'il se termine bien dans la plupart des cas. Il est vrai qu'alors la cause invisible agit sans discontinuer, ou a réveillé des douleurs tellement décidées que le travail ne peut plus rétrograder. Le tout n'est donc pas d'exciter des contractions, il faut encore savoir les entretenir, il faut de plus qu'elles deviennent assez fortes pour effacer et entr'ouvrir le col de l'utérus, et opérer l'expulsion du fœtus. On obtient cet effet plus ou moins facilement, suivant les moyens qu'on emploie.

Mme Lachapelle dit que « la lenteur d'un pareil travail et les obstacles qu'il éprouve de la part de la résistance du col de l'utérus expose la mère à bien des accidens parmi lesquels on peut placer tous ceux de l'avortement spontané, comme l'hémorrhagie, la fièvre, l'épuisement, etc.; enfin, le séjour prolongé du placenta après l'expulsion du fœtus[2]. »

Il me semble que notre sage-femme célèbre n'a pas distingué les causes des effets. Si l'hémorrhagie et ses suites se remarquent dans l'avortement spontané, c'est que la perte a été le plus souvent la cause ou le premier symptôme de l'avortement; ensuite il ne faut pas confondre l'accouchement prématuré avec l'avortement proprement dit. C'est, sans doute, cette confusion qui a fait penser encore à

[1] Ouvrage cité, t. II, §. 2011, p. 277.
[2] Ouvrage cité, t. III, p. 437.

Mme Lachapelle que la *rétention du placenta* est une suite ordinaire de l'accouchement provoqué; or, toutes nos observations prouvent que cette supposition est gratuite. Quant à l'enfant, qu'elle croit devoir souffrir beaucoup d'un travail prolongé quelquefois pendant quinze jours, elle craint avec raison pour sa vie, mais seulement lorsqu'il est soumis à une pression immédiate, ce que l'on peut éviter en conservant les eaux de l'amnios jusqu'au moment où le travail est bien déclaré.

Le docteur Merriman a vu, dans quatre cas sur dix, un violent accès de fièvre se déclarer après la ponction de l'œuf et peu de temps avant le commencement du travail. Il attribue à cet accès fébrile la mort des enfans, qui auraient ainsi succombé avant d'avoir éprouvé aucune compression de la part de la matrice[1]. Depuis, ce phénomène n'a plus été observé que rarement; et l'on est d'accord à dire qu'il n'est pas l'effet de la provocation de l'accouchement, car on le remarque quelquefois dans l'accouchement prématuré spontané et dans l'avortement. Il paraît plutôt que c'est la mort du fœtus qui en est la cause. Denman ayant observé plusieurs fois que des femmes qui étaient prises de frissons violens avant d'être arrivées à terme, accouchaient ensuite d'enfans morts, provoqua deux fois, avec le plus grand succès, l'accouchement avant l'époque où ces frissons se déclaraient ordinairement[2].

Un autre inconvénient de l'accouchement provoqué, est que le fœtus se trouve souvent dans une mauvaise position, ou du moins dans une position défavorable au succès de l'opération. Ces mêmes positions se rencontrent aussi dans l'accouchement prématuré spontané. Moins la

[1] *The London Medical Review and Magazine*, v. IV, p. 192, 18 ad.
[2] *An Introduct.*, etc.; 7th edit., p. 321.

grossesse est avancée, plus on risque d'avoir à faire à une présentation de l'extrémité inférieure du fœtus; plus fréquemment aussi que dans l'accouchement à terme, le fœtus affecte une position transversale. Je ne chercherai pas à expliquer pourquoi, à une époque éloignée du terme ordinaire, on trouve presque aussi souvent l'extrémité pelvienne sur le segment inférieur de l'utérus que la tête; je dirai seulement que cela est prouvé par l'expérience, et que j'ai eu un grand nombre de fois l'occasion de le vérifier. Quant aux positions transversales, elles me paraissent dépendre de la quantité relative plus grande d'eau de l'amnios au septième et au huitième mois, d'où la mobilité plus grande du fœtus et la facilité d'affecter toute espèce de situation.

Sur les cent quatre-vingt-seize accouchemens provoqués dont j'ai parlé, j'ai compté *trente-quatre présentations défavorables ou défecteuses*[1]. *Vingt-deux fois*, c'était l'extrémité inférieure du fœtus (pieds, genoux, fesses) qui s'avançait; *douze fois* le tronc se trouvait en rapport avec le détroit supérieur du bassin. La vie de l'enfant est compromise chaque fois qu'il se présente par l'extrémité inférieure du corps et que les contractions utérines ne sont pas suffisantes pour l'expulser dans un court espace de temps, aussitôt que les fesses ont franchi la vulve; quand on est forcé d'exercer des tractions pour le dégager, les chances de vie sont moindres encore. Les positions appelées transversales, nécessitent la version et, dans la plupart des cas, l'extraction par les pieds. Lorsque d'autres opérations deviennent nécessaires, elles sont indiquées

[1] Ce qui fait *une* présentation défavorable sur *cinq*. Reisinger avait trouvé des proportions à peu près semblables, *une* sur *quatre et demie*.

par des causes étrangères à l'accouchement provoqué, et qui peuvent tout aussi bien se présenter lors de l'accouchement à terme.

On pourrait compter encore au nombre des inconvéniens de l'accouchement provoqué la tendance ou l'habitude qu'acquerra par suite la matrice à expulser l'œuf à la même époque de la gestation; ce qui, à tout bien considérer, serait plutôt un bien qu'un mal. John Barlow a vu deux fois les douleurs de l'enfantement se déclarer avant terme chez des femmes qu'on avait fait accoucher à plusieurs reprises prématurément.

Ainsi l'accouchement provoqué présente des embarras réels, dont les principaux consistent dans la difficulté de déterminer exactement le degré de rétrécissement du bassin, le volume du fœtus et l'époque de la grossesse; puis de faire naître des contractions assez fortes pour que le travail se termine au bout d'un temps convenable. Ajoutons l'inconvénient de la fréquence de positions anormales, ce qui diminue les probabilités de succès complet. Ces difficultés peuvent être surmontées dans la plupart des cas; les faits sont là pour le prouver. Il s'agit seulement de bien saisir les indications, et de trouver une bonne manière d'exciter le travail et de le conduire à bonne fin. Mais avant de traiter ces deux points, envisageons encore le côté moral et légal de cette pratique.

Personne n'a le droit, dit-on, de forcer contre le vœu de la nature la matrice à expulser le fruit de la conception avant que celui-ci n'ait acquis sa maturité complète. Non sans doute, si tout est bien disposé pour l'accomplissement de ce vœu; mais si la nature elle-même s'est écartée de la voie ordinaire; si, au lieu de disposer le canal que le fœtus doit traverser de manière qu'il puisse le faire sans

danger, ce conduit est rétréci et ne peut pas livrer passage à un enfant vivant à terme, n'est-il pas du devoir du médecin de chercher à aider la nature ou de suppléer à ses imperfections? Et s'il est constant que les moyens que nous possédons sont impuissans pour remédier à cet écart, ou beaucoup plus dangereux que l'accouchement provoqué, peut-on encore prétendre qu'il soit immoral d'avancer le terme de la grossesse?

Il est d'autres circonstances dans lesquelles la plupart des accoucheurs ne se font aucun scrupule de forcer le travail par des moyens beaucoup moins doux que ceux que l'on emploie dans l'accouchement provoqué; par exemple, dans les cas d'hémorrhagie utérine, avec ou sans implantation du placenta sur l'orifice de la matrice. Baudelocque a bien dit, que dans ce cas c'était *un devoir* d'accoucher promptement la femme; pourquoi donc, et avec lui la plupart des accoucheurs français, qualifie-t-il de *crime* l'accouchement provoqué avant terme dans certains cas d'étroitesse du bassin[1]? Si, lors d'une hémorrhagie foudroyante, il y a danger immédiat pour la femme et pour son enfant, ce danger pour être moins pressant, n'en est pas moins réel, quand le bassin est rétréci au point que l'enfant à terme ne peut pas le traverser.

Est-il peut-être plus moral de perforer le crâne d'un enfant, que l'on sait être bien vivant; ou de le laisser mourir tranquillement avant de faire la céphalotomie; ou de le tuer, en appliquant à plusieurs reprises le forceps? L'opération césarienne et la symphyséotomie, quoique moins graves que quelques-unes de nos grandes autorités l'ont avancé, sont-elles donc plus morales que l'accouchement prématuré? Convenons de bonne foi que ce

[1] T. II, §. 2012, p. 288.

dernier est une des meilleures ressources de notre art, et surtout ne le condamnons pas parce qu'il a de la ressemblance avec l'avortement, qui, provoqué sans autre but que la destruction du fruit de la conception, devient en effet un acte extrêmement répréhensible et criminel. Quelle analogie y a-t-il entre un pareil attentat et une mesure bienfaisante comme l'est celle que nous conseillons; quelle comparaison peut-on établir entre un accoucheur qui, pour sauver à la fois la mère et son fruit, provoque l'expulsion de ce dernier à une époque de la grossesse où son volume lui permet de franchir une barrière, plus tard trop étroite, et une personne qui excite l'avortement dans le seul but de détruire?

La moralité de notre opération étant prouvée, aucune loi ne peut en défendre l'emploi; car ce qui est moral est licite. Les lois ne peuvent accuser que celui qui a eu une intention criminelle et qui a causé un dommage réel à la société, à un ou à plusieurs individus. L'accouchement prématuré provoqué n'est donc pas dans le domaine de la médecine légale, parce qu'il ne peut pas être confondu avec l'avortement, et parce que l'accoucheur n'y a recours que dans des intentions conservatrices. Aussi la définition de l'avortement, considérée sous le rapport médico-légal, donnée par Mahon, me paraît-elle la meilleure : *Faire périr un fœtus dans le sein de sa mère, ou l'en chasser par un moyen quelconque avant l'époque où la nature lui aurait permis de vivre de sa propre vie;* il faut ajouter encore, *dans l'unique but de détruire le fruit de la conception.* Car, sans vouloir rien préjuger, il pourrait arriver une époque où l'avortement lui-même serait considéré comme permis, lorsque les jours de la femme paraissent en dépendre, et depuis long-temps même cette

question a été résolue affirmativement par des accoucheurs du plus grand mérite.

Je n'ai pas encore d'opinion arrêtée à cet égard; mais je dis avec Reisinger[1], que dans l'art des accouchemens, on doit adopter tel procédé ou telle manœuvre qui, d'après toutes les probabilités, peut sauver la vie de la mère et celle de son fruit en même temps. Si je devais choisir entre l'une ou l'autre, je ne balancerais pas à sacrifier celle de l'enfant. Il n'y a probablement pas un seul accoucheur qui ne ferait de même. Aucun rétrécissement pelvien n'entraînant un danger absolu, ce sacrifice ne devient pas nécessaire dans ce cas; les chances que l'enfant et la mère courent, sont relatives à l'opération qu'on entreprend.

Quels sont donc les cas d'étroitesse du bassin qui indiquent l'accouchement prématuré artificiel?

Il y a de nombreuses variétés de vices de conformation du bassin; mais aussi long-temps qu'il reste assez d'espace pour qu'un fœtus à terme puisse passer sans qu'il soit exposé à périr, il est rare que la déformation seule devienne cause d'une grande difficulté dans l'accouchement. Ainsi l'étroitesse portée à un tel degré que l'expulsion d'un enfant vivant et à terme soit impossible, constitue le principal vice de conformation du canal pelvien. On a recours alors à différens moyens de l'art, suivant le degré de rétrécissement qu'il faut surmonter; c'est *lorsque le bassin est encore assez large pour permettre le passage d'un fœtus viable et vivant que l'accouchement prématuré est indiqué.* Dans la plupart des cas, cette indication est facile à établir; mais il y a aussi des vices de conformation avec rétrécissemens difficiles à déter-

[1] Ouvrage cité, p. 259.

miner et où elle devient moins claire; il en est d'autres qui, en apparence, contre-indiquent formellement cette pratique et où elle peut encore être tentée avec espoir de succès.

On peut diviser les bassins viciés en quatre espèces principales, en prenant pour base de cette division les causes déterminantes de leurs vices de conformation : 1° En bassins trop petits par suite d'arrêt de développement; 2° en bassins déformés par le rachitisme; 3° en bassins défigurés et rétrécis par ostéomalacie, et 4° en bassins rétrécis par la présence de tumeurs anormales dans leur cavité.

Les bassins rachitiques sont ceux que l'on rencontre le plus souvent. Ils sont ordinairement rétrécis au détroit supérieur et presque toujours dans le sens du diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien. Aussi croit-on, en général, avoir suffisamment examiné le bassin quand on est parvenu à connaître l'étendue de ce diamètre, et c'est d'après cette étendue qu'on juge quelle est l'opération à entreprendre. Presque toujours l'excavation et le détroit inférieur ont une largeur normale; ce dernier est même souvent plus large que dans l'état naturel. Dans les cas d'étroitesse du détroit abdominal, la nature dispose le plus souvent la tête d'une manière très-favorable, en mettant son plus petit diamètre en rapport avec le plus court du bassin. Aussi pour savoir à quelle époque de la grossesse il faut provoquer l'accouchement, calcule-t-on le rapport de longueur entre le diamètre bipariétal du fœtus et le sacropubien de la mère.

En admettant que le fœtus ne soit viable qu'à sept mois révolus, l'étendue ordinaire du diamètre transverse de la tête à cette époque de la gestation doit indiquer à quel degré extrême de rétrécissement du bassin l'accouche-

ment prématuré artificiel est encore permis ; et l'étendue de ce même diamètre à la fin de la grossesse, celui où l'on peut encore être obligé d'y avoir recours. Or, les mensurations faites par les auteurs que j'ai cités plus haut, mensurations que j'ai été à même de répéter un assez grand nombre de fois, font voir qu'à sept mois le diamètre bipariétal de la tête du fœtus a 2″ 6‴, et à terme, 3″ 6‴; d'où il suit que l'on peut provoquer l'accouchement avec des probabilités de succès lorsque le petit diamètre du détroit supérieur a au moins 2″ 6‴, et que cette opération peut encore être indiquée lorsque ce même diamètre mesure 3″ 6‴. Ce sont, en effet, les deux limites posées par la plupart des partisans de l'accouchement prématuré artificiel. Quelques-uns cependant ont pensé que l'on devait compter aussi sur la réduction de volume que la tête peut subir, et, admettant que le diamètre bipariétal puisse être diminué de 3‴, ils ont établi que l'accouchement pouvait encore être provoqué à 2″ 3‴ de diamètre sacro-pubien. Ils n'ont pas été arrêtés par les exceptions à la règle générale qu'il ne faut cependant pas tout-à-fait perdre de vue. A sept mois, le diamètre transverse de la tête mesure quelquefois 2″ 9‴, or une diminution de 6‴ ne peut être obtenue qu'aux dépens de la vie de l'enfant, d'après les observations des meilleurs praticiens. Je crois qu'on doit s'arrêter à 2″ 8 à 9‴ de diamètre antéro-postérieur; au-dessous, l'opération césarienne est presque toujours indiquée, et l'accouchement prématuré ne peut plus réussir que dans des cas exceptionnels. Si le diamètre droit du détroit supérieur a 3″ 6‴, il faut avoir plus de confiance dans la nature et ne provoquer l'accouchement prématuré que lorsqu'on a de fortes raisons pour en agir ainsi, c'est-à-dire lorsqu'on peut soup-

çonner avec quelque fondement que la tête est plus volumineuse qu'à l'ordinaire, ou quand l'expérience a déjà prouvé que l'accouchement à terme expose l'enfant à perdre la vie. A 3'' 3''', l'accouchement prématuré est encore parfaitement indiqué, car on ne peut pas toujours compter sur un aplatissement de 3''', d'autant moins que l'on ne sait pas si la tête s'engagera convenablement. Ainsi le rétrécissement du détroit supérieur dans le sens antéro-postérieur qui indique réellement la provocation de l'accouchement, est celui qui est porté de *trois pouces trois lignes à deux pouces neuf lignes.*

Souvent, dans le bassin rachitique, l'étroitesse du détroit supérieur du sacrum aux pubis est accompagnée d'un rétrécissement latéral qui diminue l'étendue de cette moitié du détroit, au point que la partie de la tête qui y correspond peut y être arrêtée. Ce vice de conformation est assez difficile à reconnaître, du moins n'est-il pas facile de déterminer à quel point il est porté sans introduire la main entière dans le vagin. Je ne pense pas qu'il soit possible d'indiquer *a priori* que l'accouchement doive être provoqué avant terme pour ces sortes de rétrécissemens. Je crois que dans ces cas il faut d'abord l'expérience d'une ou de plusieurs couches. Si elles sont malheureuses, si l'enfant y périt par la seule raison qu'il y a étroitesse, l'indication deviendra plus facile à établir. La possibilité de l'accouchement à terme dépend beaucoup de la position que le fœtus affecte et de la manœuvre qu'on emploie pour l'extraire [1].

[1] On peut ranger parmi les bassins rétrécis latéralement ceux qui ont été décrits pour la première fois par mon honoré ami le professeur Nægelé, dans les *Annales cliniques de Heidelberg.* (Voy. *Gazette médicale de Paris,* 1835; n° 2, p. 22.)

Il est extrêmement rare que le bassin présente au-dessous du détroit supérieur un obstacle tellement grand que l'accouchement à terme en devienne difficile. Le plus souvent les rétrécissemens de l'excavation et du détroit inférieur ne font qu'accompagner celui du détroit supérieur, et cette coexistence d'étroitesse dans plusieurs points du canal pelvien ne fournit pas d'indications spéciales. Je n'ai trouvé qu'une seule observation d'accouchement prématuré artificiel entrepris pour cause de resserrement du détroit inférieur. C'est la clinique de d'Outrepont qui nous la fournit. Une primipare rachitique, dont le diamètre sciatique n'avait pas tout-à-fait 2'', fut opérée au moyen de la paracentèse de l'œuf. Le travail se déclara au bout de vingt-deux heures. Les deux premiers temps furent excessivement douloureux, et le troisième très-lent. La tête, arrivée au détroit inférieur, n'avança plus; il fallut appliquer le forceps. L'enfant était vivant. Il mourut de la cyanose douze jours après sa naissance. La mère se remit parfaitement[1].

L'arrêt de développement qui n'exclut pas une parfaite régularité du bassin, indique la provocation de l'accouchement autant de fois que le rétrécissement est au-dessous de 3'' 3''', et au-dessus de 2'' 8''' de diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Car, en supposant qu'il y ait également défaut d'ampleur dans toute la longueur du bassin, il suffira toujours de connaître l'étendue du diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. D'après Wenzel[2], nous avons beaucoup à attendre des efforts de la nature dans les rétrécissemens du détroit supérieur; dans ceux du détroit inférieur, l'art est très-puissant;

[1] *Gemeins. deut. Zeitsch. für Geburtsk.;* B. III, p. 119.

[2] *Allgem. geburtshülfl. Betracht.*, etc.; p. 200 et 201.

l'accouchement prématuré doit surtout trouver ses indications dans les cas où le *bassin entier* est trop petit pour pouvoir être traversé par un enfant vivant à terme.

Un autre genre d'étroitesse nous est présenté par les bassins ostéomalaciques. Parvenu à son développement normal, le bassin est tellement défiguré par suite du ramollissement de sa totalité, que l'espace qu'il présente est rarement suffisant pour permettre le passage de l'enfant, même avant l'époque de sa viabilité. Aussi l'opération césarienne est-elle à peu près la seule ressource que nous ayons dans dans ces cas. Il faut surtout ne pas se laisser induire en erreur par l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur qui conserve souvent sa longueur normale. La disparition plus ou moins complète de l'arcade pubienne par le rapprochement des tubérosités sciatiques, les cavités cotyloïdes enfoncées, etc., nous guident suffisamment. Cependant, le ramollissement qui a favorisé la déformation du bassin et le rétrécissement de sa cavité persiste quelquefois et permet d'élargir de nouveau ce canal. M. Noury vit l'accouchement se terminer *spontanément et à terme*, par la dilatation du bassin, dans un cas où l'opération césarienne avait été jugée nécessaire et allait être pratiquée[1]. James Barlow délivra, au moyen de la version, au commencement du huitième mois de la grossesse, une femme dont le bassin était tellement étroit par suite d'ostéomalacie, que l'on pouvait à peine faire passer un doigt entre les ischions. En introduisant la main, ces os s'écartèrent sensiblement; la même chose arriva au détroit supérieur, qui avait une forme trilobée: mais il fallut employer une certaine force. Barlow fit l'extraction de deux enfans vivans. La femme était

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1831; n° 23, p. 197.

déjà agonisante lorsque l'accoucheur fut appelé: elle mourut douze heures après être délivrée, et l'autopsie confirma l'extrême étroitesse du bassin[1]. Ritgen, se fiant à cette dilatabilité, a provoqué l'accouchement prématuré dans un cas d'étroitesse tout aussi considérable, puisque les tubérosités sciatiques se touchaient, et que l'on pouvait à peine introduire derrière elles deux ou trois doigts. En employant de la force, et en agissant d'arrière en avant, on parvenait à écarter les ischions de 1'' 6'''. Au milieu du huitième mois, Ritgen fit la ponction de l'œuf, et donna ensuite, tous les cinq quarts-d'heure, cinq grains de seigle ergoté. Douze heures après cette opération, la tête du fœtus s'engagea dans le bassin. A chaque contraction, les ischions s'écartaient l'un de l'autre. Bientôt la tête fut visible à la vulve; enfin, elle franchit le détroit inférieur seize heures après l'écoulement des eaux. Les épaules rencontrèrent encore de la résistance, mais on parvint facilement à la vaincre, et l'enfant cria. Les tubérosités ischiatiques s'étaient écartées de 2'' au moment où la tête franchit; c'était principalement derrière elles que celle-ci passa en repoussant le coccyx et l'extrémité inférieure du sacrum. La mère se rétablit, mais l'enfant expira une heure après sa naissance[2].

Comme le degré de dilatabilité d'un bassin ramolli ne peut pas être exactement connu, il sera toujours difficile de savoir quand l'accouchement prématuré est indiqué. En supposant même que, par l'introduction de plusieurs doigts dans le vagin, on parvienne à se convaincre que le détroit inférieur peut céder suffisamment à l'effort que la tête exercera contre lui, sait-on si elle pourra s'engager

[1] *Medic. and physic. Journal;* v. V, p. 40; 1801.

[2] *Gemeins. deut. Zeitsch. für Geburtsk.;* B. VI, p. 401.

dans l'ouverture supérieure du bassin? Il y a sans doute des degrés moins grands d'étroitesse qui seront beaucoup moins embarrassans. Toutefois, les vices de conformation du bassin par ostéomalacie indiquent moins souvent que les rétrécissemens par rachitisme la provocation de l'accouchement, parce que dans les premiers l'étroitesse est d'ordinaire trop considérable.

L'étroitesse du bassin, par suite du développement de tumeurs anormales dans sa cavité, peut-elle indiquer aussi l'accouchement prématuré? A moins qu'on ne puisse déterminer exactement le volume d'une pareille tumeur, la direction dans laquelle elle diminue le calibre du canal pelvien, et surtout jusqu'à quel point ce rétrécissement est porté, on n'agirait pas avec sûreté. Il dépend donc d'une réunion rare de circonstances que l'on puisse parvenir à déterminer cette indication. Les tumeurs osseuses ne cèdent jamais; sous ce rapport, elles sont à comparer à l'angle sacro-vertébral, dont la saillie, souvent trop considérable, peut former l'unique empêchement à l'avancement de la tête du fœtus. On peut compter sur un aplatissement, mais dont il est impossible de fixer le degré, de tumeurs formées par des parties molles; il y en a même qui sont susceptibles d'être écrasées complètement.

En résumé, les indications les plus claires et les plus précises sont fournies par le rétrécissement du détroit supérieur des bassins rachitiques, ou arrêtés dans leur développement[1].

Dans aucun cas, on ne peut être autorisé à entreprendre

[1] Il serait sans doute intéressant de savoir à quelle catégorie de vices de conformation appartenaient les bassins rétrécis qui ont jusqu'à présent engagé à provoquer l'accouchement. Il serait instructif de pouvoir comparer les résultats de ces opérations

la provocation de l'accouchement prématuré par l'unique raison qu'une femme a eu des accouchemens à terme malheureux, soit spontanés, soit terminés par la version, le forceps ou la perforation. Il faut toujours faire un examen minutieux du bassin, afin de reconnaître le genre et le degré d'étroitesse; car il ne suffit même pas d'avoir reconnu l'indication de l'accouchement prématuré, il faut encore savoir à quelle époque de la grossesse il doit être provoqué.

Plus on s'approche du terme naturel de la gestation, plus le fœtus est viable. Or, il est important de voir s'accroître ces chances de viabilité; donc il ne faut pas provoquer son expulsion plutôt que la stricte nécessité ne le réclame. D'un autre côté, il faut éviter de hâter le part avant l'époque où la viabilité de l'enfant est bien établie. On doit donc se garder d'imiter les accoucheurs anglais, qui ont recours à la provocation de l'accouchement d'autant plus tôt que le bassin est plus rétréci et causent de cette manière de véritables avortemens.

C'est en effet le degré de rétrécissement du bassin qui doit guider dans le choix de l'époque à laquelle l'accouchement doit être excité. Il faut en même temps se rappeler le développement ordinaire de la tête du fœtus aux différentes semaines de la grossesse. Je crois que l'on peut fixer approximativement les époques de la manière suivante : La trente-deuxième à la trente-troisième semaine, pour 2″ 9‴; la trente-quatrième à la trente-cinquième, pour 3″; la trente-sixième à la trente-septième,

avec le degré de rétrécissement observé; mais il y a trop de lacunes dans la plupart des observations qui ont été publiées pour pouvoir faire des rapprochemens exacts; cette considération m'a engagé à y renoncer.

pour 3'' 3'''. Si l'on voulait provoquer l'accouchement à cause d'une étroitesse portée à 2'' 6''', il faudrait opérer à la fin du septième mois (dans la trentième semaine), et l'on pourrait attendre jusqu'au milieu du neuvième (à la trente-huitième semaine) s'il y avait 3'' 6''' de diamètre antéro-postérieur. Ces calculs ne sont qu'*approximatifs;* c'est au praticien à faire ses combinaisons de manière qu'il n'opère ni trop tôt ni trop tard. Il y a sans doute en cela des difficultés, et il n'est pas toujours possible d'éviter une méprise; mais l'expérience est là pour prouver que ces difficultés sont loin d'être insurmontables.

Wenzel demande s'il ne serait pas convenable de retarder le moment de l'opération dans le cas de grossesse de jumeaux, parce qu'au même terme les jumeaux sont toujours moins développés qu'un enfant unique. Sans aucun doute, si l'on pouvait s'assurer avant l'accouchement qu'il y a plusieurs enfans dans la matrice. On pourrait même dans beaucoup de cas abandonner le tout à la nature.

C. M., âgée de trente-trois ans, enceinte pour la troisième fois, entra à notre hôpital au mois de mai 1835. Elle avait été accouchée une première fois avec le forceps d'un enfant mort, après un travail long et douloureux. La deuxième couche fut également pénible, il fallut encore employer le forceps; mais cette fois l'enfant fut extrait vivant: il était plus petit que le premier. Arrivée au terme naturel de sa troisième grossesse, son ventre était large comme lorsque le fœtus est situé en travers, et ses jambes étaient infiltrées. On la toucha, et on constata une étroitesse du bassin dans le sens du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Le lendemain, elle accoucha très-facilement de jumeaux bien portans.

Cette femme mourut de convulsions le second jour de ses couches. L'examen du bassin apprit qu'on ne s'était pas trompé en la touchant; le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal mesurait 3'' 3'''; le transverse, 5'' 3''', et chacun des obliques autant. Du reste, le bassin était très-régulier. Le diamètre transverse de la tête du premier jumeau avait 3'' 3'''; celui du second, 3'' 2'''. On n'avait pas soupçonné l'existence de plusieurs enfans pendant la grossesse, et c'est ce qui arrive le plus souvent. Ordinairement la nature prend elle-même le soin de l'accouchement prématuré dans les grossesses multiples; il est rare, en effet, qu'elles parviennent à terme.

Une mauvaise position du fœtus ne doit pas faire retarder le moment opportun de plus de deux ou trois jours. Cette mauvaise position peut être corrigée, mais le temps perdu ne se retrouve plus.

Un grand nombre de partisans de l'accouchement prématuré artificiel s'accordent à dire qu'on ne doit avoir recours à cette mesure que lorsqu'on est convaincu, par un ou plusieurs accouchemens antécédens, de l'impossibilité de la naissance d'un enfant vivant. Il est vrai qu'on est rarement à même de constater sur une femme enceinte pour la première fois, si son bassin est tellement mal conformé qu'elle ne pourra pas donner le jour à un enfant vivant à terme. Ce n'est guère que dans les hôpitaux que l'on a cette facilité, parce que les femmes enceintes entrent dans ces établissemens plusieurs mois avant d'accoucher, et qu'elles sont soumises au toucher. Aussi la plupart des observations, que nous connaissons d'accouchemens prématurés artificiels chez des primipares, ont-elles été faites dans les cliniques obstétricales allemandes et italiennes. Il est de fait que le rétrécissement du bassin étant bien

reconnu chez une primipare, on ne voit pas pourquoi il faudrait d'abord l'exposer à des couches difficiles. Jusqu'à présent le plus grand nombre de femmes soumises à la provocation de l'accouchement prématuré avaient accouché difficilement et d'enfans morts; chez des personnes de cette catégorie, on a une garantie de plus de la nécessité de l'opération.

Ne peut-il pas y avoir des circonstances qui doivent engager à laisser marcher la grossesse jusqu'à terme, lors même que le rétrécissement du bassin indiquerait l'accouchement prématuré? Par exemple, si la femme se trouvait sous le poids d'une maladie sérieuse qui pourrait être aggravée par les manœuvres nécessaires pour la provocation de l'accouchement ou par la longueur du travail, ou si l'on était trop incertain sur l'époque de la grossesse pour ne pas s'exposer à opérer trop tôt ou trop tard? J'abandonne encore la solution de cette question au praticien, qui doit, avant de se décider à agir, calculer les résultats probables de sa conduite.

L'indication étant posée, et l'époque de la grossesse à laquelle l'accouchement doit être provoqué étant arrêtée, comment faut-il procéder à cette opération?

On doit chercher à imiter, autant que possible, la nature, ou, pour parler plus clairement, il s'agit d'exciter l'agent naturel de l'accouchement à entrer en action, pour lui abandonner ensuite l'ouvrage aussitôt qu'il est bien commencé. J'ai déjà dit que l'accouchement provoqué ne différait réellement de l'accouchement spontané que par les *causes déterminantes* et par la manière d'agir de ces causes. Examinons cette idée d'un peu plus près.

Lorsque la grossesse parcourt toutes ses périodes, il arrive un moment où la portion inférieure de l'utérus se

développe, se distend et se prépare à laisser passer le produit de la conception. Le col qui, en se raréfiant dans sa substance, s'était d'abord alongé, finit par se raccourcir graduellement jusqu'à s'effacer. L'orifice ne s'entrouvre chez les primipares que lorsque cette expansion du segment inférieur est complète, mais chez les femmes qui ont déjà accouché il est béant long-temps avant, de manière qu'au huitième mois déjà l'introduction du doigt jusqu'aux membranes ne souffre aucune difficulté. En même temps le vagin s'élargit et devient plus humide; souvent les parties externes se gonflent et se préparent ainsi à la dilatation qu'elles vont subir. La nature emploie près de trois mois à cette œuvre de préparation qui se fait par degré, et d'une manière de plus en plus sensible, à mesure que le terme naturel de la grossesse approche. Alors le fond de l'utérus, qui jusqu'à ce moment était dans un repos complet, commence à se contracter, et entraîne successivement tout le reste de l'organe dans son action. L'expansion de la portion inférieure de la matrice est à peine achevée, qu'on observe déjà à la partie supérieure un resserrement qui annonce que le moment est arrivé où le fruit de la conception va être séparé de l'organisme de la femme. Ces contractions, d'abord presque insensibles et interrompues par de longs intervalles, deviennent bientôt plus fréquentes et plus décidées, l'orifice s'élargit et le travail de l'enfantement commence.

Quel est donc le ressort caché dont l'action détermine ces changemens progressifs dans l'organe spécial de la gestation et de la parturition? C'est la cause que nous cherchons depuis long-temps et que nous ne réussissons pas à trouver. Cependant il ne faut pas se borner à enregistrer les phénomènes appréciables aux sens, il faut en-

core se demander si dans l'intérieur de la matrice il ne se passe pas des changemens qui expliquent, jusqu'à un certain point, ce qu'on observe au dehors. Or, nous remarquons que le fœtus, parvenu aux dernier tiers du temps ordinaire de son incubation, a acquis les forces nécessaires pour vivre indépendant de sa mère, que, successivement, les rapports qu'il avait avec elle deviennent moins intimes parce qu'ils sont moins nécessaires. En un mot, il commence à s'en séparer long-temps avant le moment où, parvenu à sa maturité, il en est enfin détaché complètement.

Les causes déterminantes appréciables, sont donc l'expansion de la totalité de l'utérus et la maturité du fœtus. Par suite de la première, la matrice s'entr'ouvre et se contracte; par suite de la seconde, l'œuf en est séparé et devient un corps étranger: le résultat de tout cela est l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

Voilà ce qu'il faut imiter lorsqu'on veut provoquer l'accouchement avant terme. Préparer le col de la matrice, le vagin et les parties externes à la dilatation qu'ils doivent subir, et exciter l'utérus à chasser le produit de la conception. Il n'est pas en notre pouvoir de hâter la maturité du fœtus; aussi la séparation spontanée entre lui et sa mère ne peut-elle pas être imitée, et si elle pouvait l'être, on devrait y renoncer de crainte de nuire à l'enfant. Je suis porté à croire que l'union matérielle et physiologique entre ce dernier et sa mère est en partie cause du peu de franchise des douleurs dans l'accouchement provoqué.

L'accouchement prématuré spontané ainsi que l'avortement proprement dit, reconnaissent d'ordinaire, pour cause déterminante, cette séparation du fœtus d'avec sa mère, séparation qui peut être opérée par des circonstances nombreuses et variables. Elle est tantôt graduelle,

tantôt elle est subite; et de là, dans le premier cas, ces changemens lents dans les parties génitales et surtout au col de l'utérus que Baudelocque a si bien décrits; dans le second, un effet plus ou moins prompt.

Avant d'exposer les différens moyens qui ont été conseillés pour provoquer l'accouchement, voyons s'il ne serait pas possible d'enrayer, jusqu'à un certain point, le développement du fœtus dans la vue de rendre son expulsion plus facile.

Le régime, considéré comme moyen de prévenir les difficultés de l'accouchement à terme qui proviennent de la mauvaise conformation du bassin, a été apprécié convenablement par presque tous les accoucheurs. Baudelocque dit que, si le volume de l'enfant était en raison de la quantité et de la qualité des alimens que prend la femme pendant le cours de la grossesse, le régime qu'on a recommandé de lui faire observer serait très-louable, mais que l'on ne voit que trop souvent le contraire[1]. Cette assertion de notre grand maître est vraie; cependant il n'en suit pas que le régime n'ait aucune influence sur le développement de l'enfant dans le sein de la mère; seulement on ne doit pas le regarder comme *une des ressources de l'art dans les cas d'extrême difformité du bassin.* En cela je suis d'accord avec Baudelocque, mais quand il s'agit d'empêcher un développement trop considérable dans la vue de rendre l'accouchement plus facile, lorsqu'il n'est pas à supposer qu'il existe une grande disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère, le régime n'est pas tant à dédaigner. On peut donc, sans crainte de nuire, au contraire dans un espoir fondé d'être utile, recommander à la femme que l'on veut faire accoucher prématurément,

[1] *L'Art des accouchemens;* t. II, p. 291; quatrième édition.

une grande sobriété et lui défendre l'usage d'alimens trop nourrissans.

Il existe encore d'autres moyens de rendre la nutrition moins active: ce sont les remèdes altérans et les purgatifs[1]. Kluge a une grande confiance dans l'emploi du régime et des purgatifs. Il recommande aux femmes, chez lesquelles il veut provoquer l'accouchement, de se donner beaucoup de mouvement, mais avec modération, de ne dormir que sept heures par jour, d'être très-sobres dans le choix et dans la quantité des alimens, et de prendre, deux ou trois fois par semaine, un purgatif pour exciter deux ou trois selles demi-liquides. Dans ce but il veut qu'on emploie de préférence le sulfate de magnésie ou de soude. L'usage de ces moyens doit être commencé dès que la femme a senti pour la première fois les mouvemens de son enfant[2].

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de troubler pendant trois mois et plus les fonctions digestives par des purgations si souvent répétées. Les autres conseils de Kluge peuvent être suivis à la lettre: ils s'accordent parfaitement avec une saine hygiène. Quelques laxatifs salins, une fois tous les huit ou dix jours, par exemple, pourront au moins préparer la femme à l'opération s'ils ne servent pas à enrayer la nutrition du fœtus. Il s'entend qu'on y renoncerait s'il y avait la moindre contre-indication.

[1] Un charlatan, nommé Lehnhardt, a pendant long-temps abusé de la crédulité publique en Allemagne en vendant un moyen pour faciliter l'accouchement. Ce remède n'était autre chose qu'un purgatif.

[2] *Beitræge zur Lehre über die künstliche Erregung der Frühgeburt*, von D. Betschler, in Beobachtungen und Bemerkungen aus der Geburtshülfe und gerichtlichen Medizin. Eine Zeitschr. her. von L. Mende; Gœtting. 1826; B. III.

La saignée générale et les bains tièdes sont deux moyens dont l'emploi bien dirigé peut préparer convenablement la femme à une heureuse délivrance. La saignée diminue la pléthore, fait cesser l'éréthisme que l'on observe fréquemment vers le septième ou le huitième mois de la gestation et favorise les sécrétions: employée à propos, elle rendra la dilatation du col de l'utérus plus facile et les douleurs de l'enfantement seront plus franches et plus énergiques. Les bains ont depuis long-temps une réputation établie pour préparer à des couches heureuses. Plessmann en a le plus fait l'éloge, et c'est lui qui les a proposés comme moyen de provoquer l'accouchement. M. Gardien et d'autres ont convenu que si par l'usage des bains on pouvait exciter l'accouchement, ils admettraient volontiers qu'il n'est pas nuisible. Comme moyen provocateur, ils sont trop incertains; comme préparation, ils ne doivent pas être négligés s'ils ne sont pas autrement contre-indiqués. La saignée pourrait être répétée deux ou trois fois à des intervalles de dix ou quinze jours; les bains, au contraire, deux ou trois fois par semaine. Enfin, l'époque approchant où l'opération devra être entreprise, des injections émollientes dans le vagin, répétées plusieurs fois par jour, contribueront à ramollir les parties génitales et à les préparer à peu près comme elles le sont au terme naturel de la grossesse.

On s'est encore demandé s'il ne conviendrait pas d'attendre, pour opérer, une époque menstruelle, puisque nous remarquons que la plupart des avortemens et des accouchemens à terme ont lieu à une époque semblable[1]. Sans doute il serait bon de pouvoir encore en ce point imiter la nature, mais s'il devait en résulter un retard de plus de quatre ou

[1] J. C. H. Stœssner, *über die Mittel zur künstlichen Frühgeburt.* Würzburg 1835.

six jours, il faudrait passer outre dans la crainte de rencontrer plus tard une trop grande disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du canal pelvien.

Les moyens qui ont été conseillés et employés pour provoquer l'accouchement sont assez nombreux. Je les exposerai d'après leur manière d'agir. Sous ce rapport on peut les diviser en deux espèces: 1° ceux qui impressionnent tout l'organisme et doivent avoir pour dernier effet d'exciter les contractions de l'utérus, et 2° ceux qui agissent directement sur la matrice pour la faire entrer en action. Les premiers sont dynamiques ou généraux, les seconds mécaniques ou locaux.

Ceux de la première classe n'ont été employés que rarement, et on y a renoncé maintenant à cause de l'incertitude de leur action et des suites dangereuses qu'ils peuvent entraîner lorsqu'ils sont employés à assez forte dose pour produire l'effet désiré. Ce serait avec raison qu'on objecterait contre l'accouchement provoqué, comme l'ont fait M. Gardien et ses élèves, que les éménagogues, médicamens incendiaires, peuvent occasioner des inflammations et d'autres maladies graves. M. Dezeimeris a pensé que le seigle ergoté pourrait peut-être suffire puisqu'il a une action bien reconnue sur la contractilité de l'utérus; mais son action est aussi incertaine que celle de tous les autres médicamens. Un essai fait à la Clinique obstétricale de Pavie, et que j'ai déjà cité plus haut, a été suivi d'accidens si funestes qu'on n'est pas tenté d'y revenir, d'autant moins que nous possédons des moyens plus sûrs et tout-à-fait innocens.

Les moyens locaux ou mécaniques sont: 1° Les frictions exercées sur le fond et sur le col de la matrice; 2° le décollement des membranes; 3° la ponction de l'œuf, et 4° la dilatation graduelle du col utérin.

Les frictions sur le ventre ont surtout été recommandées par d'Outrepont qui a d'abord cru que par ce procédé on pourrait exciter la matrice à se contracter et provoquer le travail sans recourir à aucun autre moyen [1]. Cette idée, fruit du raisonnement n'a pas tout-à-fait réussi dans son application; les douleurs ainsi occasionées étaient toujours trop faibles et cessaient dès qu'on interrompait les frictions. Cette manœuvre peut bien à la vérité rappeler des douleurs éteintes ou les activer lorsqu'elles sont lentes ou trop peu énergiques, en un mot, réveiller l'utérus de son inertie pendant ou après le travail, mais non pas faire commencer celui-ci de prime-abord, surtout à une époque où il serait prématuré. D'Outrepont ne conseille plus ces frictions que comme une préparation utile. Il veut avoir remarqué que sous leur influence le col de la matrice devenait plus mou, plus turgescent, que la sécrétion de la muqueuse vaginale augmentait, etc. [2].

On peut dire la même chose des frictions sur le col et le segment inférieur au moyen d'un ou de deux doigts introduits dans le vagin. Elles augmentent la sécrétion muqueuse et occasionent un ramollissement du col sans exciter le travail. Ritgen entre autres les a employées.

Pour que ces frictions sur le ventre ou sur le segment inférieur et le col de l'utérus ne deviennent pas dangereuses, il faut les faire doucement et ne pas les faire durer trop long-temps. Au reste elles ne sont pas nécessaires.

Hamilton a conseillé de décoller les membranes aux environs de l'orifice, en introduisant dans le col le doigt indicateur ou une sonde mousse. Cette séparation doit s'opérer

[1] Ulsamer, *de Partu præmaturo, arte legitime procurando.* Wirceb., 1820; p. 53.

[2] J. C. H. Stœssner, dissertation citée, p. 57.

aussi loin qu'on peut atteindre. Ce procédé a aussi été recommandé par Thomson, Conquest et autres. Kluge s'en est servi une fois avec succès; cependant il y a renoncé, parce que dans un autre cas il n'a pas été aussi heureux[1]. Ce moyen me paraît agir plutôt en excitant et dilatant le col de l'utérus que par le décollement des membranes qui est assez innocent. Il n'agit pas sûrement et ne peut pas même être employé dans toutes les circonstances, parce qu'on ne peut pas toujours introduire le doigt dans le col jusqu'à l'orifice interne, et qu'au moyen de la sonde on risque de rompre les membranes. Il est à peu près abandonné.

La ponction de l'œuf et la dilatation graduelle du col de la matrice sont les moyens qui ont le plus souvent été mis en usage.

Le plus ancien de ces deux procédés est la ponction. Ceux qui les premiers ont provoqué l'accouchement s'en sont servi. Pour faire cette opération on a inventé différentes espèces d'instrumens. Ayant reconnu le danger d'instrumens aigus, on en a bientôt proposé d'autres dont l'extrémité mousse n'exposait pas à blesser les parties que l'on traversait. Mais ces différentes espèces de sondes qu'on a recommandées ne suffisent souvent pas pour perforer les membranes de l'œuf. On est donc revenu aux instrumens aigus, mais en les plaçant dans une canule qui pût protéger les parties par lesquelles on les conduisait. On a trouvé dans ces espèces de trois-quarts un autre avantage qui est celui de permettre, au moyen de la canule, l'écoulement d'une certaine quantité d'eau de l'amnios, évacuation qui détermine d'autant plus vite des contractions qu'elle est plus abondante. Mai, Wenzel, Siebold, d'Outrepont, etc., ont

[1] Mende, *Beobacht. und Bemerk.*, article cité.

diversement modifié cet instrument qui consiste en général en une canule recourbée d'après la direction de la ligne mitoyenne du bassin, renfermant un trois-quarts dont la pyramide ne dépasse l'extrémité de la canule que d'une à deux lignes. Celui que j'ai fait confectionner est composé d'une canule de sept pouces de longueur et d'une ligne et demie de diamètre. L'extrémité qui doit traverser le col présente un bord bien mousse et arrondi : au-dessus du pavillon se trouve un anneau contre lequel on peut fixer le doigt indicateur. Pour faciliter l'introduction de cette canule, elle reçoit d'adord un mandrin à extrémité conique qui se fixe exactement dans le bec de la première. Le sommet du trois-quarts dépasse la canule de deux lignes; inférieurement, il est muni d'un bouton plat qui l'arrête au pavillon. Ritgen a eu l'idée d'aspirer les eaux au moyen de la canule, et Kluge, pour rendre cette opération plus facile, a imaginé d'y adapter une seringue, dans laquelle on fait le vide, en attirant le piston.

Kluge doit être regardé comme l'auteur du procédé de dilatation, quoique, d'après l'assertion de d'Outrepont[1], Brunninghausen en ait fait la proposition avant lui et que Merriman l'eût déjà employé. Voyant l'insuffisance du décollement à la manière de Hamilton, Kluge pensa à se servir d'éponge préparée (*spongia cerata*) pour dilater successivement le col et faire naître par cette dilatation lente et l'excitation non interrompue, exercée par le corps étranger, des contractions utérines. Ce moyen réussit comme Kluge s'y était attendu, et a été employé souvent depuis et avec succès. Mende a ensuite conseillé des éponges préparées à la gomme arabique[2]. L'éponge cirée ne pré-

[1] J. C. H. Stœssner, Dissertation citée.

[2] *Gemeins. deut. Zeitsch. für Geburtsk.;* B. VI, p. 556.

sentant pas sous un petit volume une masse assez considérable, je me suis servi avec succès, comme le prouvent les deux opérations que j'ai rapportées, *d'éponge ficelée*, qui ne renferme ni cire ni gomme, s'imbibe plus facilement, se laisse couper et tailler comme l'on veut et présente une résistance convenable lors de son introduction dans le col de l'utérus.

Enfin, Busch et Mende, ayant reconnu la difficulté d'introduire l'éponge préparée dans le col d'une primipare, ont proposé des instrumens dilatans. Celui de Busch a trois branches articulées vers le tiers inférieur, il est long d'un pied et légèrement recourbé [1]; celui de Mende n'est autre qu'un *speculum matricis* conique, déjà figuré dans A. Paré [2]. Mende ne conseille son spéculum que pour faciliter l'introduction de l'éponge gommée: il donne une observation de réussite. Busch veut non-seulement dilater le col au moyen de son instrument, mais encore exciter le travail. Dans le nouveau journal d'accouchemens qu'il publie en Allemagne avec les professeurs d'Outrepont et Ritgen, il fournit deux observations qui prouvent l'efficacité de ce moyen [3].

Quelle est donc celle de ces deux méthodes, de la ponction de l'œuf et de la dilatation du col, qui mérite la préférence?

La ponction a été mise en usage le plus souvent, et encore aujourd'hui elle est préférée par beaucoup d'accoucheurs. Elle est sûre, c'est-à-dire qu'après avoir fait écouler une certaine quantité d'eau de l'amnios, les contractions ne manquent pas de se déclarer et le travail de suivre sa

[1] *Gemeins. deut. Zeitsch. für Geburtsk.*; B. I, p. 370.
[2] *Ibid.*, B. VI, p. 558.
[3] *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, 2tes Heft, p. 136.

marche. Le vide qui résulte de la paracentèse ne peut disparaître que par un retour de la matrice sur elle-même, ce qui éveille sa contractilité et détruit en partie les rapports de l'œuf avec elle. Ce n'est pas immédiatement après l'évacuation d'une partie de l'eau amniotique que le travail de l'enfantement commence, et, lors même qu'il est déclaré, il est souvent si lent qu'il peut en résulter différens inconvéniens graves. Dans l'accouchement à terme, l'écoulement prématuré des eaux est déja regardé comme un signe que le travail traînera en longueur, et l'expérience confirme ces craintes. Alors le col utérin est cependant effacé et la résistance qu'oppose le cercle de l'orifice n'est pas aussi considérable que celle que présente dans l'accouchement prématuré une grande partie du segment inférieur. Le travail commence quelquefois seulement vingt, quarante, soixante heures et plus après la ponction, et ne se termine qu'au bout de plusieurs jours. Cette lenteur occasione un resserrement de l'utérus sur le fœtus et sur le placenta qui gêne les rapports entre la mère et l'enfant et peut les interrompre complètement; de là la mort de ce dernier. Pour éviter une suite aussi fâcheuse, la plupart des accoucheurs conseillent de ne laisser écouler que la quantité nécessaire d'eau pour provoquer sûrement un travail définitif; d'autres, pour rendre celui-ci plus actif, veulent au contraire qu'on enlève autant d'eau que possible.

La dilatation du col de la matrice par de l'éponge préparée a de grands avantages sur la ponction. Au moyen de l'éponge, on excite plus promptement les contractions de l'utérus. En laissant l'œuf intact, le fœtus ne souffre nullement de la lenteur du travail; et l'on peut reconnaître la position de l'enfant avant l'écoulement des eaux, ce qui donne le temps de la changer si elle est mauvaise, par l'at-

titude de la femme ou par des manipulations extérieures. Si les douleurs ne sont pas assez fortes pour faire avancer le travail, rien n'est plus facile que de rompre les membranes ; alors on pourra d'autant plus espérer de voir l'accouchement se terminer vite que la dilatation du col de la matrice sera plus grande. Enfin, s'il devient nécessaire d'employer la main ou des instrumens, soit pour donner une autre position au fœtus, soit pour l'extraire, on ne sera pas arrêté par le défaut d'étendue du passage à traverser.

Ce procédé me paraît le plus rationnel, et imiter le mieux celui que la nature emploie et dans l'accouchement à terme et dans l'accouchement prématuré spontané. Mais l'introduction de l'éponge dans le col de l'utérus n'est pas toujours également facile, et ne doit réussir que rarement chez les primipares à cause de l'étroitesse de l'orifice externe et de la position souvent très-élevée du col de l'utérus, quoique cela ne se remarque pas d'ordinaire au septième et au huitième mois de la grossesse ; encore pourrait-on alors, comme l'a fait Mende, s'aider d'un spéculum dilatateur pour cette opération. J'ai moins de confiance dans le procédé de Busch.

Dans tous les cas où elle est applicable, j'adopterai la dilatation ; et seulement quand l'introduction de l'éponge dans le col est impossible, j'emploirai la ponction.

Il est bien entendu qu'avant d'entreprendre une pareille opération, on doit expliquer à la femme en quoi elle consiste et pourquoi on y a recours ; il faut de plus avoir obtenu son consentement : jamais je ne voudrais la bercer de l'espoir d'un succès assuré. Quand on est incertain si l'accouchement prématuré est bien indiqué ou non, il est du devoir de l'homme de l'art de demander à être éclairé par un ou plusieurs confrères ; mais je ne pense

pas qu'il soit nécessaire dans tous les cas de faire une consultation en toutes formes. Par cette déclaration, je ne veux nullement enhardir mes jeunes confrères auxquels je recommande au contraire d'user de la plus grande prudence.

Le jour de l'opération étant fixé, il faut quelque temps auparavant y préparer la femme si on le juge nécessaire. On n'est pas toujours à même de pouvoir commencer cette préparation long-temps avant le moment arrêté pour l'accouchement. Quelques bains tièdes pris plusieurs jours successivement, ainsi que des injections vaginales émollientes et narcotiques, par exemple de décoction de mauve et d'herbe de belladone, conviendront parfaitement. Lorsque le moment d'opérer est arrivé, il faut encore une fois examiner avec soin l'état des parties génitales, tant pour s'assurer de nouveau du degré d'étroitesse du bassin que de l'état du col de la matrice et de la situation du fœtus. Relativement à cette dernière, il est à observer qu'on ne peut pas toujours la reconnaître, et qu'on ne trouve même pas dans tous les cas une partie du fœtus sur le segment inférieur. On peut soupçonner l'existence d'une position défavorable, autant de fois que par le toucher vaginal on rencontre la portion inférieure de la matrice vide. L'examen du ventre apprendra si le fœtus se trouve dans l'axe de la matrice; et s'il en est ainsi, on peut supposer une présentation de l'extrémité pelvienne. Merriman, et d'autres après lui, ont conseillé de différer l'opération de quelques jours quand on a reconnu une mauvaise position, dans l'espoir qu'elle se changera en une bonne; tandis que Ritgen regarde la soustraction répétée d'une petite quantité d'eau comme le meilleur moyen de corriger cette mauvaise présentation. En suivant le conseil de Merriman, on

pourrait attendre en vain ou trop long-temps, et l'opinion de Ritgen n'est appuyée par aucun autre homme de l'art.

Soit que l'on veuille employer la paracentèse de l'œuf ou la dilatation du col pour provoquer l'accouchement, il faut faire préparer un lit convenable pour la femme et tout ce qui est nécessaire pour l'opération elle-même. L'assistance de deux ou trois aides est utile, et peut même devenir nécessaire.

Pour opérer la dilatation, il faut avoir une éponge cirée, gommée ou ficelée de la longueur de deux pouces à peu près, conique, bien arrondie et lisse[1]. Dans la base de cette éponge, dont le diamètre doit avoir de six à huit lignes, on fixe un cordonnet de huit à dix pouces de long pour en faciliter l'extraction. Afin d'en rendre l'introduction moins douloureuse, on l'enduit d'un corps gras. Je me sers de préférence de pommade de belladone, dans la vue d'opérer un relâchement des fibres du col, de prévenir leur contraction spasmodique, et de faciliter ainsi la dilatation. Mende recommande d'enduire l'éponge d'huile et de la saupoudrer ensuite d'opium. Une éponge ordinaire est nécessaire pour retenir la première dans le col; elle doit être du volume et de la forme d'un œuf d'oie, bien lavée et munie également d'un cordonnet; il faut de plus des pinces ou quelque autre instrument pour conduire l'éponge préparée dans l'orifice de la matrice. Je me suis servi de pinces à polypes courbes.

La femme doit être placée en travers du lit, comme pour être accouchée avec le forceps[2]. Alors l'opérateur intro-

[1] Avec un canif ou un couteau bien tranchant, on peut donner à l'éponge ficelée telle forme que l'on veut, et la rendre bien unie.

[2] Si cette position n'était pas commode, à cause d'une déviation

duit deux doigts de la main gauche dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, derrière lequel il les place; il ramènerait celui-ci vers la ligne médiane du bassin s'il en était dévié. L'éponge préparée est saisie par sa base au moyen de la pince; et, pour l'introduire, on la fait glisser sur la surface palmaire des doigts de la main gauche. Son sommet est dirigé vers l'orifice de la matrice dans lequel on l'engage; ensuite on retire les pinces, et avec les doigts laissés dans le vagin, on pousse lentement l'éponge dans le col, on l'y fixe pendant cinq ou dix minutes; puis, après avoir retiré les doigts, on place dans le vagin l'éponge destinée à retenir la première. On donne à la femme une position horizontale, dans laquelle elle doit attendre tranquillement l'action du corps dilatant.

Il est nécessaire de vider le rectum et la vessie avant d'opérer, afin d'avoir plus de place, et pour que le besoin d'uriner et d'aller à la garde-robe ne se fassent pas sentir de si tôt. Il peut arriver que l'éponge qui se trouve dans le vagin occasione en se gonflant une rétention d'urine, ce que l'on reconnaît aux douleurs hypogastriques dont la femme se plaint et à l'ampliation de la vessie. On facilite l'excrétion des urines en retirant cette éponge, qui est à peu près inutile alors, parce que celle qui est dans le col a eu le temps de se développer et de s'y fixer.

Quand on suppose que l'éponge dilatatoire est complètement développée, on en fait l'extraction au moyen du cordonnet qui y est attaché. Alors le travail est ordinairement commencé. Si les douleurs ne continuaient pas à se faire sentir régulièrement, si le col se reformait, on y introduirait une seconde éponge plus longue et plus épaisse

du col de l'utérus, on pourrait lui en faire prendre une toute autre.

pour augmenter le degré de dilatation. Enfin, si malgré cela le travail ne marchait pas, on romprait les membranes. L'éponge en se boursoufflant opère souvent cette rupture et toujours un grand décollement de l'œuf. Il n'est pas nécessaire que la femme reste couchée pendant tout ce temps; une fois que l'éponge est fixée dans le col, on peut lui permettre de se lever et de se promener dans la chambre. Lorsque le travail est bien déclaré, il faut attendre le résultat des efforts de la nature.

Pour faire la ponction de l'œuf, on donne à la femme la même position. On introduit également un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin. Le long de ces doigts, on fait glisser la canule du trois-quarts munie de son mandrin; on l'engage dans l'orifice externe, on la fait cheminer le long de la cavité du col jusqu'à ce qu'elle soit arrivée aux membranes. On retire ensuite le mandrin, on le remplace par le trois-quarts, et on pousse la totalité de l'instrument un peu plus avant pour le faire entrer dans l'œuf; puis on retire à son tour le trois-quarts, et on laisse écouler une ou deux onces d'eau. Si le travail n'était pas commencé au bout de vingt-quatre heures, il faudrait faire une nouvelle ponction, ce qui est à préférer à une soustraction d'une quantité trop grande d'eau après une première opération. Le repos dans la position horizontale, le siége un peu élevé, est nécessaire, afin que les eaux ne partent pas trop promptement. L'éponge qu'on a conseillé de mettre dans le vagin ne peut pas remplacer cette précaution. Le procédé de dilatation a l'avantage de permettre à la femme d'être levée et de marcher.

Lorsque les contractions sont trop éloignées, et surtout trop faibles et accompagnées de douleurs dans la région sacrée, on emploie les moyens qu'on a coutume de mettre

en usage dans des cas pareils lors de l'accouchement à terme. C'est alors que le borax, mêlé au castoréum ou au saffran, mais surtout le seigle ergoté, peuvent être utiles quand on en saisit bien les indications.

Ces médicamens pourront être employés avec plus de confiance après qu'on aura dilaté le col, par des motifs que je n'ai pas besoin de développer. L'accouchement ne peut-il pas se terminer spontanément, il faut avoir recours aux moyens que l'art indique dans chaque cas particulier.

La délivrance, quoiqu'on l'ait avancé, ne se fait pas plus difficilement dans ces cas que dans l'accouchement à terme. De même, il ne paraît pas qu'on ait observé plus d'accidens graves après l'accouchement provoqué que dans toute autre couche, à en juger par le tableau de la mortalité que j'ai fait connaître plus haut.

On a recommandé d'avoir une nourrice toute prête pour l'enfant; je n'en vois pas la nécessité lorsque la femme a déjà été mère. U. P. a parfaitement bien allaité le sien, quoiqu'elle n'eût jamais été nourrice. La conduite à observer dans ces cas est subordonnée au degré de force de l'enfant et à l'état de la femme. Les enfans nés avant terme demandent beaucoup plus de soins; ils ont besoin de plus de chaleur ambiante et d'alimens moins substantiels que ceux dont l'organisation est tout-à-fait préparée à la nouvelle atmosphère dans laquelle le nouveau-né vit désormais.

En voilà assez sur la manière de provoquer l'accouchement prématuré; il est facile de suppléer aux explications qui auraient pu être données encore, mais qui ne sont pas nécessaires aux accoucheurs praticiens. Les corollaires suivans peuvent être regardés comme le résumé de la question importante discutée dans ce mémoire.

1° L'*accouchement prématuré artificiel* a été conçu et

exécuté pour la première fois en Angleterre. Les nombreuses victimes de la perforation du crâne et les insuccès de l'opération césarienne dans leur pays ont conduit les accoucheurs anglais à chercher une autre manière de délivrer qui pût offrir plus de chances de vie aux enfans et aux mères.

2° C'est dans la nature que cette indication a été puisée; c'est elle qui a fait voir qu'avant terme l'enfant peut traverser sain et sauf un bassin qui, plus tard, lui offrirait des obstacles qu'il ne pourrait plus franchir qu'en perdant la vie.

3° Ce moyen fut long-temps repoussé par les accoucheurs du continent, parce qu'ils n'en comprenaient pas la portée et qu'ils le confondaient avec l'avortement provoqué par des médicamens incendiaires.

4° Des Iles britanniques, il passa en Allemagne et en Italie, où il trouva bientôt beaucoup de défenseurs, et dans ces derniers temps de nombreux partisans qui l'employèrent avec beaucoup de succès.

5° Un grand nombre d'observations avaient été publiées; mais, fidèles aux principes de Baudelocque, les accoucheurs français repoussèrent toujours une pratique qui leur paraissait *dangereuse, immorale, criminelle,* et pouvant entraîner à de nombreux abus.

6° Cette manière de voir fut approuvée par l'Académie de médecine de Paris en 1827.

7° Cependant les faits se multiplièrent tellement qu'ils furent pris en considération par des accoucheurs sans préjugés, dont quelques-uns retractèrent ce qu'ils avaient avancé. Dès-lors l'accouchement prématuré artificiel prit rang parmi les opérations obstétricales.

8° Cette méthode de délivrer ne doit remplacer au-

cune autre; elle a ses indications particulières. C'est pour avoir cru qu'on voulait rendre inutile l'opération césarienne et la symphyséotomie qu'elle a d'abord été combattue en France.

9° Elle ne doit être mise en usage que lorsque le fœtus est vivant et viable, et qu'il peut traverser le bassin sans danger de périr. Il faut donc qu'il ait au moins sept mois de conception, et que le rétrécissement du bassin ne soit pas porté trop loin.

10° Comme à sept mois de grossesse, le diamètre le plus petit de la voûte du crâne a d'ordinaire deux pouces six à huit lignes, il s'ensuit que la provocation de l'accouchement n'est plus indiquée lorsque le plus petit diamètre du bassin n'en a pas au moins autant. Il n'y a que des exceptions très-rares à cette règle.

11° A la fin de la grossesse, le diamètre transverse de la tête a ordinairement trois pouces six lignes. Si le plus petit diamètre du bassin en a autant, l'accouchement pourra se faire à terme. L'accouchement prématuré est donc surtout indiqué lorsque l'étroitesse est entre *trois pouces trois lignes* et *deux pouces neuf lignes.*

12° Il faut choisir le moment de la grossesse le plus rapproché du terme naturel, afin que l'enfant ait le plus de chances possibles de survivre. Ceci est subordonné au degré de rétrécissement du bassin.

13° On peut préparer la femme à cette opération, de manière à la rendre plus facile et le résultat plus certain. Les préparations ne doivent pas être négligées autant de fois qu'on a le temps de les mettre en usage et qu'elles ne sont pas contre-indiquées.

14° Plusieurs procédés ont été recommandés pour provoquer l'accouchement. La *ponction de l'œuf* et la *dila-*

tation graduelle du col de la matrice au moyen d'une éponge préparée sont les deux principaux. Ce dernier mérite la préférence, mais il n'exclut pas l'usage du premier.

15° L'accouchement provoqué est ordinairement lent, mais il s'opère spontanément à moins que des causes imprévues ne viennent troubler sa marche ou que des obstacles inattendus ne le rendent impossible sans secours de l'art.

16° On sauve ainsi la moitié au moins des enfans, et les mères ne sont pas exposées à d'autres dangers que ceux d'un accouchement un peu long.

17° La provocation de l'accouchement doit donc être considérée comme un moyen digne de figurer parmi les bienfaits de notre art.

18° Avant de l'entreprendre, il faut bien calculer les chances à courir, et ne pas s'y résoudre légèrement. Celui qui a besoin de mettre sa responsabilité à couvert fait bien de la partager avec quelques confrères.

19° Cette pratique a ses difficultés, dont les principales sont de déterminer le degré d'étroitesse du bassin et de fixer l'époque de la grossesse; mais ces difficultés peuvent être surmontées dans la plupart des cas.

20° Sous le rapport moral et médico-légal, l'accouchement prématuré ne doit pas être confondu avec l'avortement, qui, provoqué dans un but de destruction, est criminel.



Abhandlung über die Magenerweichung. — Traité de la gastromalacie, par le Dr CH. F. WINTER; ouvrage couronné par la Société royale des sciences de Gœttingue. (Lunebourg, 1834.)

Parmi les affections qui compromettent le premier âge de la vie, la gastromalacie est une de celles qui, dans ces derniers temps, ont plus particulièrement fixé l'attention des médecins. Mais malgré les recherches consciencieuses qui ont été faites et publiées sur cette affection, sa nature et son traitement sont encore bien loin d'être suffisamment connus. Pour jeter quelques nouvelles lumières sur plusieurs points d'un haut intérêt pratique, la Société royale des sciences de Gœttingue proposa pour sujet de prix, en décembre 1831, la question suivante : « *Ut gastromalaciæ ratio accuratius exploretur atque certis observationibus adhibitis exponetur, quatenus fere illam post mortem demum oriri, aut quatenus per morbum quemdam effici, vel morbum aliquid saltem ad illam gignendum conferre ponendum sit, tum quænam ejus morbi conditio sit, quibus indiciis cognosci et quam curationem recipire possit ?*

C'est à ce concours que nous devons l'intéressant traité du docteur Winter; nous tâcherons d'en donner une analyse aussi complète qu'un article de journal le permet.

Le travail que nous analysons comprend six chapitres, dans lesquels l'auteur traite successivement : 1° Du ramollissement en général; 2° de la nature de la gastromalacie; 3° de la question de savoir si le ramollissement de l'estomac est le résultat d'une maladie ou simplement un effet

cadavérique; 4° de la nosographie de la gastromalacie; 5° de son diagnostic; enfin, 6° de son traitement.

CHAPITRE Ier.

Afin de donner à ses recherches sur la gastromalacie une base solide, l'auteur commence par jeter un coup d'œil sur le ramollissement en général.

Examinée sous ce point de vue, cette lésion se retrouve dans tous les systèmes organiques, dans tous les tissus, dans tous les organes. De là le docteur Winter conclut: 1° Qu'une lésion, aussi généralement répandue, doit nécessairement être l'effet d'un acte morbide pouvant lui-même affecter tous les tissus et tous les organes; 2° que cet acte doit s'effectuer dans la trame organique qui forme la base de tous les tissus, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire et le système capillaire, liés tellement l'un à l'autre qu'il est impossible de les envisager séparément.

Il paraît de plus évident au docteur Winter que la matière organique qui fournit le *principium agens* à un acte aussi généralement répandu sera celle qui pénètre de la manière la plus intime toutes les parties de l'organisme.

Or, parmi toutes les matières organiques liquides, il n'en est aucune qui soit plus généralement répandue et plus essentielle à la vie que le sang; sa composition normale influe puissamment sur l'intégrité organique et fonctionelle des organes. Toute altération du sang doit donc nécessairement, pour peu qu'elle soit durable, se refléter dans la composition des tissus; tout ramollissement dépend donc primitivement d'une altération du sang.

Ces points établis, la conséquence à en tirer paraît évidente au docteur Winter: c'est l'inflammation dans ses

différentes nuances qui constitue l'acte morbide dont le ramollissement n'est que le résultat. Voici comment l'auteur développe cette proposition : « L'acte inflammatoire qui peut atteindre tous les tissus, forme, d'après les lois qui régissent l'organisme, le type de la réaction organique, réaction qui survient chaque fois qu'une disharmonie s'est établie dynamiquement, ou matériellement dans le sang et les humeurs. » Sans doute cette réaction n'atteint pas toujours le degré le plus élevé, souvent elle ne se manifeste que comme simple congestion sanguine, comme éréthisme, et, en dernier lieu seulement, comme phlegmasie. C'est la constitution médicale, l'individualité du malade, la plus ou moins grande plasticité du sang qui fixent le degré de cette réaction. Or, le ramollissement peut être produit également par ces différens degrés de réaction; une simple congestion, long-temps soutenue ou fréquemment répétée, peut y donner lieu; mais il ne faut pas oublier que cela ne saurait arriver que dans des organismes prédisposés, chez lesquels il existe depuis long-temps un vice dans la composition des humeurs qu'on appelle cachexie. Dans ces cas, les solides ont perdu leur tonicité, leur énergie vitale; et l'on conçoit que la simple congestion peut donner lieu à des effets qu'un degré de réaction plus élevé serait seul capable de produire dans un organisme moins compromis. C'est là la raison pour laquelle l'autopsie nous montre le ramollissement, tantôt sans aucune trace de phlegmasie, tantôt avec une simple rougeur, et quelquefois enfin avec des lésions qui dénotent évidemment une inflammation antécédente.

Pour donner à ces points de doctrine un appui plus solide que le simple raisonnement, le docteur Winter passe en revue les différentes maladies dans le cours desquelles

on a observé le ramollissement des organes, et tâche de démontrer, que, quoique différentes quant à leurs formes, toutes ces affections tiennent à une cause commune, à l'altération primitive du sang, donnant lieu à des mouvemens réactionnaires consécutifs au moyen desquels le ramollissement survient.

Nous ne suivrons point l'auteur dans toutes les considérations auxquelles il se laisse entraîner sur la nature des exanthèmes, des scrophules, du rachitis, du scorbut, etc. Nous ne pourrions le faire qu'en dépassant les bornes qu'un article de journal nous impose.

Nous analyserons avec plus d'intérêt les causes assignées par l'auteur à l'état cachectique, condition première de tout ramollissement.

La malacie des organes est une lésion surtout fréquente dans l'enfance; cette période de la vie doit donc nécessairement présenter des conditions prédisposantes à cette altération. Deux séries de causes, qui fréquemment se combinent, paraissent également capables d'amener cette prédisposition funeste : les unes ont agi sur la mère en gestation, et jettent les fondemens d'une prédisposition héréditaire; les autres agissent sur l'enfant lui-même.

Les femmes qui, pendant leur grossesse, vivent dans des lieux bas et humides, se gorgent d'alimens indigestes, de mauvaise qualité, de liqueurs spiritueuses, exposées à la malpropreté, aux chagrins, aux privations de toute espèce, etc., etc., ressentent bientôt l'influence nuisible de toutes ces causes débilitantes, qui vicient la composition du sang et détruisent la vitalité des organes.

Le fœtus qui se développe dans ces circonstances participe nécessairement à l'état de la mère dont il tire les matériaux de sa nutrition. Il naît cachectique, et porte en lui

la prédisposition héréditaire à un grand nombre d'affections, dans le cours desquelles le ramollissement des organes a été observé.

Des influences débilitantes, analogues à celles qui ont agi sur la mère en gestation, peuvent agir sur les enfans nés de parens sains, ou sur des sujets plus avancés en âge, et amener directement l'état cachectique, transmis aux autres par voie d'hérédité.

Le vice de composition des humeurs ne saurait exister long-temps, sans que les tissus auxquels elles fournissent les matériaux nutritifs ne s'en ressentent; et l'on observe comme premier effet une diminution dans l'énergie fonctionelle des organes. De là le ralentissement de la circulation, et par suite le défaut d'oxidation du sang, la diminution des sécrétions, des congestions dans le système capillaire, et enfin la prédominance marquée du système veineux sur le système artériel.

Le tissu nerveux ne tarde pas à ressentir lui-même l'influence funeste d'un sang mal élaboré; son influence vivifiante languit et l'atonie atteint un degré assez élevé pour compromettre l'existence.

C'est alors que par une loi inhérente à l'organisme qu'on appelle *vis medicatrix*, la réaction organique commence et se manifeste par une augmentation soit générale, soit locale de la circulation et de la calorification, par la fièvre ou l'inflammation, si elle parvient jusqu'à son dernier degré. Cette réaction rétablirait sans doute souvent l'équilibre au moyen d'évacuations critiques, si la vitalité des tissus n'était pas déjà trop affaiblie; mais l'état d'atonie, dans laquelle ils sont plongés, favorise la stagnation, l'accumulation du sang dans les capillaires, dont les parois, comme le démontrent les observations de Wedemayer,

(*Untersuchungen über den Kreislauf des Bluts*), ne tardent pas à s'amincir par suite de la pression exercée sur elles, pression qui les dilate mécaniquement, tout en empêchant leur nutrition de s'accomplir. Un tel état ne saurait durer long-temps; de deux choses l'une, ou bien les parties ainsi congestionnées, surtout quand elles ont peu d'étendue, se ramollissent et se dissolvent, ou bien les organes réagissent avec plus ou moins d'énergie. Mais en supposant que cette réaction aille jusqu'à l'inflammation, il est plus que douteux encore que cet acte puisse présenter les mêmes terminaisons que dans un organisme sain. Ici l'auteur passe en revue les différentes terminaisons de l'inflammation, et tâche de démontrer que la résolution, l'induration, la suppuration, et même la gangrène, exigent des conditions de vitalité opposées ou au moins différentes de celles que présente l'état cachectique. Reste donc le ramollissement, et, dans des cas rares, l'atrophie.

Les opinions dont nous venons de donner une courte analyse sont au moins ingénieuses. Nous savons gré au docteur Winter d'avoir dirigé l'attention des médecins sur les effets d'un sang pauvre, mal élaboré, ou vicié dans sa composition; nous reconnaissons avec lui qu'un grand nombre de maladies, de l'enfance surtout, tiennent à cette cause; mais nous ne saurions admettre qu'un état cachectique soit toujours nécessaire pour que le ramollissement des organes survienne.

Ici le docteur Winter s'est laissé entraîner à un humorisme trop exclusif. L'acte inflammatoire seul produit très-souvent le ramollissement des organes chez des sujets tout-à-fait sains, présentant des conditions opposées à l'état cachectique. Le tissu pulmonaire n'est-il pas ramolli dans la pneumonie, les portions de cerveau enflammées

par suite de violences extérieures ne perdent-elles pas leur cohésion jusqu'au point de devenir quelquefois diffluentes, sans que l'on puisse invoquer un état cachectique antérieur? Il nous paraît donc évident que l'auteur a donné une extension trop grande à cette proposition; au lieu de faire de l'état cachectique la condition première de tout ramollissement, il aurait dû se borner à le signaler comme une cause prédisposante puissante, à cette lésion. D'un autre côté, dans une proposition non moins exclusive, l'inflammation est invoquée comme le seul acte morbide, au moyen duquel le ramollissement puisse s'effectuer. Nous eussions désiré que l'auteur nous donnât une définition de ce qu'il entend par inflammation; car, nous l'avouons, dans le développement donné à cette proposition, ce mot prend une élasticité telle qu'il devient impossible d'y rattacher aucune idée bien nette. Au reste le docteur Winter se charge lui-même du soin de tempérer ce que cette proposition a de trop exclusif; il va même jusqu'à expliquer comment le ramollissement peut survenir d'une manière pour ainsi dire mécanique, à la suite d'une simple stagnation ou congestion de sang dans un organisme cachectique. Pourquoi donc alors annoncer l'*inflammation* comme le seul acte morbide pouvant donner lieu à la malacie des organes?

Il nous paraît difficile enfin d'accorder à la réaction organique un but *toujours* salutaire, d'admettre une *vis medicatrix*. Ceci est une erreur prise dans la philosophie des causes finales. De ce que l'organisme réagit contre des causes de trouble, il ne s'en suit pas que cette réaction ait *toujours* pour but de rétablir la santé: certaines dégénérescences de tissus qui conduisent inévitablement à une terminaison funeste sont là pour prouver toute la fausseté d'une pareille assertion.

CHAPITRE II.

Les considérations dans lesquelles l'auteur est entré sur le ramollissement en général, il les applique à la gastromalacie en particulier.

Fréquente dans les premiers jours qui suivent la naissance, cette lésion survient le plus souvent vers l'époque du sevrage, et devient d'autant plus rare que l'individu avance davantage dans la vie. L'enfance présente donc une prédisposition évidente à cette lésion, prédisposition dont les causes ont déjà été signalées en partie dans le chapitre précédent. Aussi l'auteur ne fait-il que répéter ce qu'il a déjà dit sur la transmission héréditaire de l'état cachectique; puis, arrivant aux influences qui agissent directement sur l'enfant, il s'attache à faire ressortir les effets fâcheux d'une alimentation peu convenable, à laquelle les enfans ne sont que trop souvent exposés. Une nourriture peu convenable agit de deux manières qui favorisent également l'établissement de la gastromalacie. Ne fournissant qu'un chyle mal élaboré, elle tend à vicier la composition du sang en même temps qu'elle exerce une influence nuisible sur l'estomac lui-même. Ne sait-on pas que la digestion d'alimens de mauvaise qualité exige de plus grands efforts de la part des organes digestifs et appelle vers eux une plus grande quantité de sang? Eh bien! si le sujet se trouve dans un état cachectique héréditaire ou acquis, il devient facile à comprendre comment une congestion sanguine, fréquemment répétée, peut et doit exercer une influence délétère sur un organe qui participe à l'asthénie générale, en détruisant peu à peu la tonicité des capillaires déjà affaiblis.

Qu'il survienne après cela des mouvemens de réaction,

inévitablement amenés par l'élément destructeur, le vice de composition du sang, ils s'établiront de préférence dans les organes continuellement irrités par la présence d'alimens indigestes; on observera des vomissemens, de la diarrhée, avec ou sans réaction fébrile. L'augmentation de la congestion, suite inévitable de ces mouvemens réactionnaires, détruira bientôt dynamiquement et mécaniquement le reste de vitalité du tissu, son système capillaire sera anéanti, et les parties les plus compromises seront frappées de dissolution, de mort, et présenteront cette altération particulière connue sous le nom de ramollissement. Pénétrer plus avant dans le mécanisme de cette lésion paraît impossible à l'auteur.

Après avoir apprécié les causes et le mécanisme de la gastromalacie dans la première période de la vie, et s'être livré à quelques considérations sur les formes morbides produites par l'état cachectique dans la seconde période de l'enfance (scrophule, rachitis, etc.), le docteur Winter essaie d'appliquer sa théorie aux ramollissemens de l'estomac, observés dans d'autres circonstances et dans un âge plus avancé. Cruveilhier, Westring, Walsham ont observé cette lésion dans le cours des exanthèmes, et l'ont considérée, comme une complication de ces maladies. D'après le docteur Winter, les exanthèmes aigus donnent fréquemment lieu à des vices de composition des humeurs, quand ils sont dérangés dans leur marche, et que la matière morbide n'est pas suffisamment éliminée par la peau ou les organes sécréteurs. Dans ces cas, les organes digestifs sont souvent chargés du travail éliminatoire, travail qui donne d'autant plus facilement lieu à l'altération de leur tissu que le vice de composition du sang est plus prononcé. La gastromalacie qui survient dans ces circons-

tances est donc encore ici une maladie consécutive produite par le mécanisme déjà signalé.

Il en est de même du ramollissement de l'estomac, observé quelquefois avec l'hydrocéphale aigu, et faussement regardé comme complication de cette affection. Ces deux maladies sont attribuées à une cause commune, à une cachexie primitive. L'organe qui réagit est seul différent. Il n'est donc pas étonnant de trouver quelquefois ces deux maladies réunies.

Dans un âge plus avancé, on a vu le ramollissement de l'estomac survenir peu de temps après l'accouchement, et cela précédé de convulsions, de fièvre, de nausées, de vomissemens et de douleurs violentes dans la région épigastrique.

Ici encore le docteur Winter retrouve les conditions morbides déjà signalées. L'état de gestation, suivant lui, donne facilement lieu à un vice de composition du sang. En effet, il existe presque toujours chez les femmes enceintes une pléthore veineuse des vaisseaux abdominaux, circonstance qui, par elle-même, déjà porte une certaine atteinte au travail de l'hématose; s'il se joint à cela des influences nuisibles, telles que le défaut de mouvement et d'un air non suffisamment renouvelé, une alimentation peu convenable, des chagrins, la malpropreté, etc., etc.; on conçoit facilement que le sang doit éprouver des changemens notables dans sa composition. Après l'accouchement, si l'écoulement des lochies et la sécrétion du lait ne se font pas convenablement, ou sont insuffisans pour rétablir l'équilibre, la réaction commence, et choisira de préférence les organes abdominaux déjà congestionnés. Cette réaction, qui atteint presque toujours le plus haut degré, peut s'établir dans l'estomac, comme dans l'utérus ou le

péritoine, qu'elle affecte cependant de préférence, et dès-lors toutes les conditions sont réunies pour que le ramollissement stomacal survienne.

Relativement à la gastromalacie observée dans le cours de la phthisie pulmonaire, le docteur Winter fait remarquer la parenté qui existe entre la tuberculisation du poumon et la cachexie scrophuleuse, qui tient évidemment à un vice de composition du sang, il conclut que sa théorie s'applique donc également à ces cas.

L'auteur termine ce chapitre en tâchant de démontrer par des faits et le raisonnement, que le ramollissement de l'estomac, dont la condition première est une altération du sang et une atonie consécutive des solides, peut s'effectuer également au moyen des différens degrés de la réaction organique. Nous regrettons beaucoup que le défaut d'espace nous empêche de suivre le docteur Winter dans les développemens remplis d'intérêt qu'il donne à sa théorie, mais nous pensons que les détails qui précèdent suffiront pour faire comprendre toute sa pensée. Ajoutons seulement quelques réflexions que nous a suggéré le chapitre que nous venons d'analyser.

Si la cause prochaine de la plupart des maladies est enveloppée de tant d'obscurité, cela tient en partie à ce que les nosologistes ont presque toujours cherché à se rendre compte de la nature de nos affections, uniquement par les symptômes qui les caractérisent et les lésions observées sur le cadavre. Le docteur Winter a parfaitement senti le vice qui entache cette manière de procéder; il a senti que la maladie n'était qu'une réaction de la part de l'organisme contre une cause de trouble, et qu'il ne suffisait pas par conséquent de bien apprécier les phénomènes de cette réaction et les altérations qu'elle produit; mais qu'il fal-

lait remonter plus haut et suivre pas à pas l'action des influences qui tendent à troubler l'harmonie nécessaire à la santé, apprécier les modifications qu'elles produisent jusqu'au moment où la réaction commence. Cette appréciation toujours difficile, impossible même dans l'état actuel de la science pour un grand nombre de maladies, le docteur Winter l'a tentée pour la gastromalacie. A-t-il complètement déchiré le voile qui nous dérobait la nature de cette lésion ? Nous n'osons l'affirmer : mais nous pensons que les opinions que nous venons d'analyser méritent une attention sérieuse, un examen approfondi. Des faits nombreux et bien observés pourront seuls changer la probabilité en certitude.

CHAPITTE III.

D'après ce qui précède, on prévoit facilement que pour le docteur Winter le ramollissement n'est ni un effet cadavérique, ni le résultat de l'action dissolvante du suc gastrique comme l'a cru Hunter.

Pour prouver son opinion, l'auteur établit avec beaucoup de lucidité les différences qui existent entre le ramollissement des organes, résultat de la putréfaction, et la malacie, produite par une maladie antécédente.

Quant à l'explication donnée par Hunter, les expériences de Camerer ont démontré qu'elle pouvait bien trouver son application dans certains cas, puisqu'il est indubitable que la gastromalacie a été observée chez des sujets frappés de mort violente au moment où l'estomac était rempli d'alimens. Le docteur Winter le reconnaît, mais il pense que ces cas exceptionnels n'infirment en rien sa théorie. A son tour, il invoque les expériences de Camerer, desquelles il résulte que le suc gastrique, pris sur un en-

fant atteint de gastromalacie et introduit dans un estomac sain ne produit jamais le ramollissement; que cette lésion ne survient que quand cet organe est soustrait à l'influence de l'innervation, quand sa vitalité est anéantie. Ces expériences sont donc en faveur de sa théorie, qui suppose toujours un état d'atonie des solides, qu'il croit consécutif à un vice de composition du sang.

Il est d'autres raisons encore qui prouvent toute la fausseté de l'explication de Hunter:

1° La gastromalacie est rare dans l'âge adulte;

2° Sur près de mille autopsies d'individus frappés de mort violente, Bernt n'a jamais rencontré le ramollissement de l'estomac; il en est de même de Sœmmering, qui trouva constamment les organes digestifs sains;

3° Des estomacs distendus par des liquides ont été rencontrés ramollis; et, dans ces cas, le suc gastrique était nécessairement étendu et privé de toute action;

4° Le ramollissement a été également observé à l'œsophage;

5° La position dorsale des cadavres entraînant le suc gastrique vers la paroi postérieure de l'estomac : c'est cette partie que l'on devrait constamment trouver ramollie, tandis que dans un grand nombre de cas, c'est à la paroi antérieure ou au grand cul-de-sac qu'on observe la lésion.

CHAPITRE IV.

Dans les deux premiers chapitres de son traité, le docteur Winter a recherché les influences auxquelles les individus atteints de gastromalacie ont été exposés, et les modifications qu'elles doivent imprimer à l'organisme, pour que la réaction qu'elles amènent puisse donner lieu

au ramollissement de l'estomac. C'est la partie théorique de l'ouvrage : restait la tâche de l'observateur et du médecin. Le docteur Winter n'est pas resté au-dessous d'elle. Dans le quatrième chapitre, il trace de main de maître le tableau symptomatique de la réaction ou de la maladie qui donne le plus souvent lieu au ramollissement ; il nous la montre dans ses différentes formes, depuis son commencement jusqu'à sa terminaison, par la santé ou la mort. Nous reproduirons succinctement la substance de cette partie de l'ouvrage.

La maladie qui donne lieu au ramollissement de l'estomac se présente sous deux formes : elle peut être aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, elle présente quelques variétés, suivant qu'elle survient dans les premiers jours qui suivent la naissance, après le sevrage, ou dans une période plus avancée de la vie.

Peu de temps après la naissance, les enfans atteints paraissent souvent bien nourris et présentent même quelque apparence de pléthore ; mais souvent aussi ils sont maigres, pâles, étiolées, présentant une teinte ictérique, souffrant d'aphthes, d'érysipèle ou d'induration du tissu cellulaire. Peu avant l'invasion de la maladie, on observe fréquemment un peu de constipation, pendant laquelle les nouveau-nés paraissent indisposés.

Bientôt il survient de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre, des vomissemens : les enfans refusent de prendre le sein ; l'abdomen est quelquefois douloureux à la pression ; d'autres fois indolent ; la constipation est remplacée par de la diarrhée, les selles sont fréquentes (six, huit, dix par jour), séro-muqueuses, vertes et fétides. Le sein, refusé d'abord, est bientôt saisi avec ardeur, ou si les enfans

sont déjà habitués à l'usage de l'eau, ils boivent vite et beaucoup, mais vomissent immédiatement tout ce qu'ils ont pris; les matières vomies présentent quelquefois, mais pas toujours, comme on l'a faussement dit, une odeur acide. La respiration est courte, anxieuse. Peu de jours après l'invasion, les petits malades maigrissent et s'étiolent, un état sémi-comateux remplace l'agitation, les yeux sont entr'ouverts et le globe de l'œil tourné en haut. Alors il n'est pas rare de voir survenir des convulsions et la mort.

Après le sevrage ou dans un âge plus avancé, la maladie débute quelquefois brusquement; d'autres fois son invasion est précédée de tristesse, d'inappétence, de dégoût de soif et d'un peu de toux. Bientôt la langue rougit, et souvent se couvre d'aphthes; il survient des frissons alternant avec de la chaleur, le pouls augmente de fréquence, la soif devient vive. Tantôt il existe de la constipation, le plus souvent de la diarrhée avec vomissemens. Les malades se plaignent continuellement, crient et s'agitent; chez les enfans, les cuisses sont presque toujours fléchies sur le bassin; la face, pâle et grippée, devient par moment rouge et injectée; les yeux enfoncés dans les orbites sont agités par des mouvemens convulsifs. Bientôt les cris deviennent moins aigus, et l'agitation est remplacée par un état soporeux. Si les vomissemens n'existaient pas dès le principe, ils surviennent à cette époque, ainsi que la diarrhée; la peau se refroidit aux extrémités; la respiration devient difficile, anxieuse; le pouls toujours fréquent, petit, intermittent; les lèvres pâles, le ventre balloné. Alors la mort est imminente; peu avant, la soif, les vomissemens et la diarrhée cessent quelquefois; des convulsions terminent fréquemment cette scène de douleurs; d'autres fois les malades s'éteignent tranquillement.

Cette forme morbide dure de deux à douze jours. Elle a été observée et décrite par Jæger, Fleischmann, Armstrong, de Wind, Bernt, Desruelles, Cruveilhier, etc.

Dans *la forme chronique*, on observe presque toujours comme prodrômes, une certaine tristesse et une diminution notable de l'appétit. Au bout de dix à quinze jours, il s'y joint de la diarrhée tantôt avec, tantôt sans réaction générale. Les malades maigrissent, leur face pâlit. A ces symptômes, qui ouvrent la scène, succèdent bientôt de la soif, des vomissemens ou des nausées; l'abdomen se ballonne et devient sensible à la pression; des coliques, plus ou moins intenses, tourmentent par moment les malades. L'amaigrissement fait des progrès, la peau se fane et se ride, la face présente l'aspect propre aux affections abdominales; il n'est pas rare d'observer une petite toux sèche dont les accès se terminent par des vomissemens. Ce cortége de symptômes dure un temps plus ou moins long, et se termine par un état de faiblesse extrême. Les malades, parvenus au dernier degré de marasme, sont plongés dans un état soporeux alternant avec des convulsions, de l'agitation, des syncopes. A la fin, le pouls devient filiforme, lent, intermittent; les extrémités se refroidissent, et les malades, conservant leurs facultés intellectuelles intactes, meurent tranquilles ou par des convulsions.

Jæger, Fleischmann, Balme, Pegalas, Gœdike, Rhades, Ramisch, Cruveilhier, Schmaltz, mais surtout Louis, ont observé et décrit cette forme morbide. Ce dernier rapporte près de vingt observations de gastropathie chronique observées chez des adultes. Les symptômes observés à cet âge de la vie diffèrent un peu de ceux que présentent les enfans. Chez les adultes, la douleur est plus marquée et

plus fixe à la région épigastrique, l'anorexie, la soif et les rémissions sont plus évidentes; la maladie, qui s'étend rarement à tout le tube digestif, est en général plus longue et son pronostic moins fâcheux.

La gastropathie dont nous venons de retracer les symptômes, peut se terminer par la santé, quelle qu'en soit la forme; si elle est aiguë, elle peut devenir chronique; elle peut enfin se terminer par la mort, et cela avec ou sans ramollissement.

Ici le docteur Winter fait observer que tous les symptômes énumérés plus haut peuvent exister sans ramollissement. Dans ces cas, l'autopsie ne démontre qu'une congestion plus ou moins marquée des organes abdominaux. Ces symptômes ne sont donc nullement propres au ramollissement de la tunique muqueuse; ils appartiennent à la maladie dont le ramollissement est l'effet, et la mort peut survenir par l'épuisement de la vitalité avant que les tissus ne soient désorganisés.

L'auteur termine ce chapitre par la description des lésions organiques observées chez les individus morts de gastropathie. Cette partie anatomico-pathologique est traitée avec détail et contient toutes les recherches nécroscopiques faites sur cette affection.

CHAPITRE V.

Si tous les symptômes que les auteurs ont considérés comme caractéristiques du ramollissement de l'estomac ont été observés sans cette lésion, comme le prouvent des faits nombreux et incontestables, il est évident que la gastromalacie n'a pas de symptômes qui lui appartiennent, et

que pendant la vie on peut bien la présumer sans jamais avoir la certitude de son existence.

Le docteur Winter démontre cette proposition par l'analyse de tous les symptômes un peu constans, observés dans le cours de l'état morbide à la suite duquel le ramollissement a été observé et qu'il propose d'appeler gastropathie. Ni l'inquiétude des malades, ni l'anxiété, ni l'aspect grippé de la face, ni la fièvre, ni la soif, ni les vomissemens, ni la diarrhée, ni l'état de l'abdomen, ni la toux, ni l'état soporeux et les convulsions qui terminent la scène ne sont caractéristiques. L'ensemble et l'enchaînement de ces lésions fonctionelles dénotent bien une maladie des organes digestifs et surtout de l'estomac, mais n'appartiennent pas plus au ramollissement qu'à la simple injection des vaisseaux de cet organe; c'est que l'altération du tissu ne constitue pas la maladie, elle n'en est que l'effet. Mais si le diagnostic de la gastromalacie est impossible, la gastropathie qui la produit le plus souvent, a-t-elle au moins des caractères assez tranchés pour qu'on puisse la distinguer de toute autre affection analogue? Quelques auteurs l'ont pensé; Ramisch et Lesser, par exemple, ont essayé d'établir un diagnostic différentiel entre cette affection et d'autres maladies des organes digestifs, telles que le choléra sporadique et épidémique, la gastrite simple, etc.

A cet égard le docteur Winter fait observer que le choléra sporadique et le choléra épidémique sont sans doute bien distincts de la gastropathie, à la suite de laquelle le ramollissement a été observé le plus souvent, leur marche aussi bien que l'enchaînement de leurs symptômes en diffèrent essentiellement. Mais si ces maladies attaquent un organisme déjà frappé d'une cachexie antérieure, elles

peuvent tout aussi bien conduire au ramollissement de l'estomac que la gastropathie, dont les symptômes ont été décrits dans le chapitre précédent, car toutes les conditions se trouvent réunies pour que cette lésion soit produite. Les cas de gastromalacie observés à la suite de choléra mettent cette assertion hors de doute.

Quant à la gastrite aiguë ou chronique, il est impossible d'établir sur la différence des symptômes un diagnostic exact entre elle et la gastropathie; car, dans un grand nombre de cas, les symptômes sont à peu près les mêmes, et cependant ces deux affections sont loin d'être identiques. En effet, dans la gastrite simple, l'acte inflammatoire constitue toute la maladie, tandis que dans la maladie décrite sous le nom de *gastropathie*, l'acte inflammatoire est secondaire, accidentel, consécutif, à un état cachectique antérieur. Regarder, avec M. Gendrin, la gastromalacie comme une terminaison de l'inflammation est donc une erreur, en ce sens qu'il y a toujours autre chose qu'une inflammation pure et simple, et qu'il n'est pas même nécessaire que la réaction organique parvienne jusqu'au degré inflammatoire pour que le ramollissement survienne.

Si, d'un côté, il est impossible d'établir un diagnostic exact entre la gastropathie qui donne lieu au ramollissement et la gastrite simple, il existe d'un autre côté des affections qui, différentes quant à leurs symptômes, ont cependant une grande analogie étiologique avec la gastropathie. Il est facile par exemple, malgré une légère analogie symptomatique, de distinguer l'hydrocéphale aiguë et la gastropathie; et cependant ces deux affections tiennent à une cause commune, à un état cachectique antérieur, qui provoque des réactions organiques, tantôt du cerveau,

tantôt des organes digestifs. Aussi ces deux affections se trouvent-elles quelquefois réunies, et les symptômes de l'une masquent alors les symptômes de l'autre.

Il en est de même de la fièvre mésentérique, à la suite de laquelle la gastromalacie et l'entéromalacie ont été observées.

De toutes ces considérations, le docteur Winter conclut : Qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la gastromalacie, mais que l'on peut présumer l'existence ou le développement de cette lésion, quand on observe l'une des formes morbides décrites dans le chapitre précédent, chez des individus soumis antérieurement à des influences débilitantes.

Ceux qui pensent que les désordres fonctionels doivent toujours trouver leur cause dans les lésions matérielles des organes qui les exécutent, seront sans doute peu satisfaits du résultat des recherches dont nous venons de fournir l'analyse; car elles démontrent toute la fausseté de leur doctrine, elles démontrent que la maladie n'est pas un fait matériel, une altération de structure; mais qu'elle est un *acte* anomal, exécuté par des organes qui réagissent contre une cause de trouble. Ce qui, dans le principe, est lésé dans les organes, ce n'est ni l'arrangement de leurs fibres, ni leur consistance, ni leur forme; c'est leur vitalité, c'est l'*innervation*, dont les dérangemens échappent à nos sens. M. Broussais l'a déjà dit, les organes sont malades avant d'être altérés dans leur tissu. Le ramollissement est donc l'effet de la maladie, elle n'en est pas la cause; aussi l'observation nous a-t-elle montré que tous les symptômes qui précèdent ordinairement cette lésion pouvaient exister sans qu'elle survienne. De là la difficulté, l'impossibilité même de porter un diagnostic

assuré sur l'existence ou la non-existence de cette lésion. Le docteur Winter nous paraît avoir envisagé la question sous son véritable point de vue; il n'a point reculé devant le blâme de ne pouvoir établir ni symptôme pathognomonique, ni pronostic; et il a bien fait, la faute n'est pas à lui; elle appartient tout entière à la nature, qui ne se plie point à nos désirs, et dont il s'est montré historien fidèle et sagace.

CHAPITRE VI.

Les théories, même les plus ingénieuses, n'ont que peu d'importance en médecine, quand les conséquences pratiques qui en découlent ne sont pas confirmées par l'expérience. C'est elle qui a battu en brèche tant de systèmes péniblement échafaudés, c'est elle qui est appelée aujourd'hui à juger les idées théoriques que nous venons d'analyser.

Les principes qui ont guidé le docteur Winter au lit du malade, et dont sa propre expérience a confirmé la justesse, ne sont que des conséquences rigoureuses de sa théorie. Nous les résumerons en peu de mots, nous réservant d'entrer dans quelques détails sur les moyens qu'il propose pour remplir les indications qui se présentent.

Le ramollissement de l'estomac n'étant qu'effet et non cause de la maladie, ne peut fournir aucune indication; car il est impossible, pendant la vie, d'affirmer qu'il existe ou qu'il n'existe pas. C'est donc l'acte morbide qui donne lieu à la gastromalacie, qui seul pourra devenir l'objet d'un traitement rationnel, basé sur ses causes et sa nature.

Ici se présente une première question, dont la solution est de la plus haute importance. Doit-on considérer et combattre comme maladie le groupe de symptômes dé-

crits dans les chapitres précédens, ou doit-on le regarder comme l'expression des mouvemens de réaction employés par la nature pour rétablir l'équilibre, rompu par une cause de trouble?

Il est des médecins qui, prenant l'effet pour la cause, ont dirigé tout leur arsenal thérapeutique contre le groupe de symptômes que nous avons décrit. Pour eux, l'indication était facile, évidente; ils voyaient des vomissemens, de la diarrhée, une soif inextinguible, ramenant les vomissemens chaque fois qu'elle était satisfaite; combattre la diarrhée et les vomissemens; refuser au malade toute boisson, tout aliment; donner du quinquina, de l'hydrochlorate de fer, etc., pour raffermir les tissus prêts à se désorganiser. Tel était l'esprit qui les dirigeait au lit du malade; ils faisaient la *médecine des symptômes*, qui malheureusement est la seule ressource là où la nature des maladies nous est inconnue, mais qui, employée dans la gastropathie, conduit aux résultats les plus funestes.

Conséquent avec lui-même, le docteur Winter part d'un autre point de vue. Les symptômes pour lui ne sont que l'expression des mouvemens de réaction qui tendent à ramener la santé. Loin donc de les supprimer brusquement, il faut les surveiller et les soutenir. Sans doute on n'ira pas augmenter l'hypersécrétion du tube digestif par des purgatifs et des vomitifs; il reconnaît que ces mouvemens d'une réaction salutaire en elle-même deviennent souvent excessifs et destructeurs pour l'organe qui les exécute; c'est alors qu'il faut les combattre, les modérer, les détourner, en stimulant l'activité fonctionelle d'autres organes sécréteurs. C'est le génie du praticien qui seul pourra juger de l'intensité qu'ils peuvent atteindre sans compromettre l'existence.

Dans la gastropathie, la cause première consiste dans un vice de composition du sang; il faut pour que l'organisme revienne à son état normal, que les parties hétérogènes, incompatibles avec le maintien de la vie, soient éliminées. L'estomac et le tube digestif sont chargés de cette sécrétion dépuratrice. Si la réaction est violente, brusque, la maladie se présentera sous la *forme aiguë*, et dans ce cas les organes sont réellement frappés ou menacés d'*inflammation;* mais cette inflammation est bien différente d'une pneumonie ou d'une pleurésie franche; il n'existe pas ici une plasticité excessive du sang; sa vitalité est affaiblie au contraire; le sang est celui des scrophuleux; l'organisme présente un état asthénique en tout contraire à la diathèse inflammatoire. Une pareille inflammation ne saurait donc être traitée à la manière des autres phlegmasies aiguës. Il n'est pas douteux cependant que l'acte inflammatoire et la congestion sanguine qui l'accompagne ne menacent de détruire l'organisation des tissus qui participent à l'asthénie générale. De là l'indication de la modérer, de la combattre, de détourner le sang des organes menacés.

A cet effet le docteur Winter recommande:

1° L'application à l'épigastre de sangsues, dont le nombre sera fixé par la constitution du malade et l'intensité de la réaction;

2° Des sinapismes à l'abdomen et à la partie interne des cuisses;

3° Des bains à 26° R., répétés deux fois par jour.

Il recommande d'éviter avec soin toutes ces médications excitantes recommandées dans le but d'arrêter la diarrhée et les vomissemens, et surtout l'opium, si généralement et si mal à propos employé.

Dès que les symptômes inflammatoires commencent à céder, le docteur Winter a recours à l'usage de la teinture de rhubarbe, à dose telle qu'elle n'augmente pas la diarrhée existante; le plus souvent il l'a administrée à la dose de ʒj à ʒiij dans ℥j d'eau distillée ou de fenouil, avec addition de décoction de salep ou de gomme arabique.

L'expérience a demontré au docteur Winter que la rhubarbe est un médicament extrêmement utile dans ces cas; ce sont les bons effets qu'elle produit dans les congestions des viscères abdominaux et les diarrhées qui tiennent à cette cause qui l'ont conduit à l'employer dans la gastropathie. Il pense que cette substance n'est nullement irritante, qu'elle excite et modifie les sécrétions gastro-intestinales aussi bien que celle de la bile, et favorise par conséquent le travail sécréteur qui tend à rétablir la santé.

Quelques praticiens ont employé le mercure doux dans un but analogue. L'auteur le rejette, parce que tout en irritant directement l'estomac, il débilite trop l'organisme; il admet néanmoins que cette substance peut avoir eu quelques succès dans les cas de sécrétion surabondante de l'estomac et du tube digestif, sans réaction fébrile intense.

L'extrait de chiendent et de pissenlit ont été ajoutés quelquefois avec avantage à la teinture de rhubarbe. Dans les cas d'acidité bien marquée du suc gastrique, une petite dose de carbonate de potasse peut également être utile.

Des vêtemens en laine ou en flanelle sont conseillés par le docteur Winter pour activer la sécrétion de la peau. Quant à la nourriture, il pense, avec Cruveilhier, qu'il faut être extrêmement réservé dans son emploi, surtout chez les enfans à la mamelle, qui, tourmentés par la soif, saisissent avec ardeur le sein chaque fois qu'on le leur pré-

sente. L'usage de l'eau à 18° R., ou à une température plus basse, lui paraît être la boisson la plus appropriée, parce que, sans vertu irritante, sa température fortifie la tonicité de l'estomac, et diminue l'éréthisme et la congestion dont il est atteint. L'eau de Selters lui paraît encore préférable, tant à cause de sa vertu sédative qu'à cause de son action sur les reins dont elle favorise la sécrétion. A ces médicamens qui suffisent dans les cas ordinaires, on peut ajouter encore l'acide sulphurique étendu (*mixtura sulphurica*) associé à la teinture de rhubarbe; on l'emploie avec avantage, quand il n'existe plus aucun symptôme inflammatoire, quand la chaleur est remplacée par le froid des extrémités, et que la diarrhée et les vomissemens continuent néanmoins. L'huile de térébenthine en frictions dans la région des reins est alors également indiquée; elle active la sécrétion de l'urine et produit une dérivation puissante qui fait cesser la sécrétion anomale de la muqueuse gastro-intestinale.

La *gastropathie chronique* remplace en général la forme aiguë, et réclame par conséquent la continuation d'une médication analogue à celle qu'on emploie quand les symptômes inflammatoires ont cessé. Il en est de même quand elle débute sans être précédée d'un état aigu. Un habillement chaud en flanelle, des bains qui peuvent être aromatiques, des frictions avec l'huile de térébenthine, sont encore ici des moyens puissans. Aux médicamens internes déjà indiqués, l'auteur en ajoute quelques autres, qu'il dit avoir employés avec avantage. Tel est la ciguë à dose peu élevée. Ce médicament que les enfans supportent en général très-bien, est depuis long-temps employé dans les scrophules dont l'étiologie a tant de rapports avec celle de la gastropathie. Il active la vitalité du système lympha-

tique et de ses ganglions, et agit sur le tube digestif d'une manière analogue à la rhubarbe. L'acide nitrique et acétique ont également été employés dans les cas où l'acide sulfurique est indiqué.

La diarrhée existe-t-elle depuis long-temps seule, sans fièvre, sans symptômes de réaction, chez des malades faibles, pâles, étiolés, on peut avoir recours à une infusion légère de quinquina, avec addition d'une petite quantité d'herbe de sabine et d'acide sulfurique. Cette médication rend alors des services signalés; mais il faut se garder de l'employer trop tôt ou d'y persévérer quand la réaction devient plus manifeste.

Nous venons d'exposer les principes et les méthodes de traitement adoptés par le docteur Winter. Pour mieux faire apprécier les cas dans lesquels chaque médicament en particulier convient, l'auteur les passe successivement en revue, analysant leur manière d'agir et indiquant les effets qu'on doit en attendre. Nous ne le suivrons pas dans les détails qu'il donne sur chacun des remèdes conseillés. L'action de la plupart d'entre eux est suffisamment connue, et nous avons indiqué les idées qui ont dirigé le docteur Winter dans le choix des autres.

Ici se termine notre tâche; c'est à l'expérience clinique à juger les idées théoriques et les principes pratiques que nous venons d'analyser.

Ch. Schützenberger.



VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine de Strasbourg vient d'éprouver une perte plus cruelle encore, s'il est possible, que toutes celles qui depuis peu de mois ont tant éclairci ses rangs.

Son doyen, M. Cailliot, professeur de pathologie chirurgicale, a sucombé, le 17 octobre, à l'âge de soixante-six ans, après trois semaines de souffrances, à une cruelle affection des voies urinaires qui le tourmentait depuis plus de quarante ans.

La Faculté perd en M. Cailliot son plus bel ornement, celui que ses connaissances profondes, la variété de son savoir, la sagacité de son esprit, la douceur inaltérable de son caractère, avaient placé au premier rang de sa compagnie.

M. Réné Cailliot, né à Baugé (Maine-et-Loire), le 25 juin 1769, entra, en 1785, au petit-séminaire d'Angers : il s'y distingua bientôt par son goût pour les études littéraires et philosophiques; mais ses études ne purent lui inspirer la vocation prononcée qu'exige l'état ecclésiastique. Il quitta le séminaire pour diriger l'éducation d'un jeune gentilhomme.

Bientôt la révolution le jeta, comme presque tous les jeunes gens de son époque, dans une nouvelle carrière. Il se rendit à Paris, en 1791, pour y étudier la médecine. C'est de Desault qu'il reçut les premiers principes d'une science qu'il devait enseigner lui-même plus tard avec tant de succès.

Il passa le temps de la plus vive tourmente révolution-

naire dans les hôpitaux de l'armée de réserve en qualité de chirurgien commissionné. Là, comme à Paris, se livrant avec ardeur à l'accomplissement de ses devoirs, il faillit devenir la victime de cette terrible maladie des hôpitaux qui fit plus de mal à nos armées que le plomb des coalisés.

Mais le jeune Cailliot ne pouvait vivre que de la vie des Écoles. Il entra, à la suite d'un brillant concours, dans la première classe des élèves entretenus aux frais des départemens, à l'École de santé de Paris. Les trois années qu'il y passa furent peut-être les plus belles de sa belle vie; il y reçut constamment les témoignages les plus flatteurs de l'estime qu'il inspira à ses maîtres et à ses condisciples : ces derniers le choisirent pour être couronné à l'une des fêtes de la jeunesse.

Il s'attacha au professeur Boyer, que, toujours, il remplaça avec succès dans ses cours particuliers d'anatomie et de chirurgie.

Au bout de trois années de ces exercices, son maître l'engagea à solliciter une des chaires vacantes à l'École de médecine de Strasbourg.

On est pénétré d'une émotion bien vive en parcourant la demande de M. Cailliot. Tous ses anciens professeurs témoignèrent à l'envi et des talens et de la capacité de leur élève de prédilection.

Boyer, Leclerc, Pinel, Cabanis, Lallement, Goulin, Desyeux, Thouret, Hallé, Sue, Dubois et Fourcroy apostillèrent une demande, justifiée par tant de succès.

Un homme qui a passé pour le médecin le plus instruit de son temps, un professeur également versé dans l'étude des beaux-arts et dans celle des sciences, Hallé disait dans l'apostille qu'il mit à cette demande :

« Je réunis bien sincèrement mon témoignage à celui

de mes collègues, et je crois moins servir le citoyen Cailliot que concourir au bien de l'instruction et de l'humanité, en assurant que le choix que l'on ferait de lui ne pourrait que devenir honorable à l'École dans laquelle il sera admis.»

Une demande faite au nom de la science personnifiée dans ses plus habiles interprètes devait être accueillie avec empressement. Aussi M. Cailliot fut-il nommé immédiatement, le 29 pluviôse an VII (17 février 1799), professeur de chirurgie à l'École de médecine de Strasbourg. Et les prévisions de Hallé, de Boyer, de Pinel et de ses autres maîtres se réalisèrent avec éclat.

M. Cailliot se signala bientôt comme professeur et comme chirurgien. Pendant plus de trente années, il n'a cessé de briller dans l'exercice de ses fonctions académiques et de prodiguer à ses nombreux malades les soins les plus éclairés et les plus assidus.

Une vie aussi remplie ne permit point à M. Cailliot de publier les fruits de ses continuelles études et de ses profondes méditations, et cependant peu d'hommes étaient plus faits que lui pour laisser un nom dans les sciences.

C'était dans les examens et dans l'argumentation des Thèses que se décelait surtout la sagacité et la profondeur de cet homme remarquable; la justesse de son jugement, son aptitude à la coordination et à la généralisation des faits, étaient rehaussés encore par la vivacité de son esprit, par la facilité et par la pureté élégante de son élocution.

Il joignait à ces qualités éminentes tant de simplicité et une si grande crainte de mêler son nom aux discussions scientifiques, que tout ce qu'il publia ne la fut que pour accomplir un devoir.

La thèse sur l'*Anévrysme* qu'il soutint devant l'École de médecine de Paris pour obtenir le doctorat, occupe un

rang honorable dans l'histoire de la science. Elle fut immédiatement traduite en allemand.

M. Cailliot prononça plusieurs discours dans des séances solennelles; son talent d'écrivain se révéla surtout dans les éloges académiques des membres de la Faculté de médecine de Strasbourg.

On se rappellera long-temps ces adieux si nobles et si touchans que peu de mois avant sa mort et sous l'influence d'un triste pressentiment, il lut d'une voix émue sur le cercueil de son digne et savant ami le professeur Lobstein.

Car chez lui les amitiés étaient vives, et celles qu'il échangea avec une foule d'hommes distingués prouvent mieux encore qu'on ne saurait le dire combien M. Cailliot lui-même fut distingué.

A Strasbourg, il vécut dans l'intimité des Lobstein, des Reisseissen, des Massenet et du respectable doyen de la Faculté des lettres, de l'ancien précepteur de l'enfant de Marmontel, de M. Hullin.

A Paris, Boyer, Dubois, Désormeaux, Richerand, Alibert, tous ses maîtres ou ses contemporains d'études furent toujours pour lui des amis dévoués et tendres.

Il se plaisait à redire souvent tout ce que l'amitié lui avait fait goûter de douceurs et lui avait apporté de consolation dans sa vie.

M. Cailliot avait une si grande bonté, tant d'indulgence, de bonhomie, d'égalité d'humeur et d'esprit, tant de ces qualités qui commandent à la fois l'amitié et le respect qu'il trouva toujours et dans ses collègues et dans ses élèves, et dans le monde, de l'amitié et du dévoûment. Aussi quel concours d'hommes de tous âges et de tous rangs se pressèrent à ses obsèques. M. Cailliot, en effet, sut toujours se rapprocher de tous; il avait le talent inné

de se mettre à la portée de chacun, tout en laissant partout le sentiment de sa supériorité, et toujours sa douceur et son amabilité le défendirent des envieux.

Tel fut l'homme dont le souvenir ne pourra jamais s'éteindre dans le cœur de ceux qui ont eu le bonheur de le connaître. Il ne lui a manqué que le temps et le courage de publier tout ce qui était si habilement classé dans son esprit pour être compté, dans l'histoire des sciences, au nombre des illustrations de notre époque.

R. Coze.

Paroles prononcées, au nom de la Faculté de médecine, sur la tombe de M. Cailliot, par M. le professeur Goupil.

Il y a peu de mois, Messieurs, que la voix noble et touchante de M. Cailliot consacrait les regrets de la Faculté de médecine sur le cercueil de deux de ses membres, et déjà nous entourons sa tombe! Lorsque, éloquent interprète de la commune douleur, il rendait avec une sensibilité si vive un dernier hommage aux savans professeurs Foderé et Lobstein, aurions-nous prévu que ce triste et pieux hommage il le recevrait bientôt à son tour; que cette douleur, à peine assoupie, serait si tôt et si cruellement réveillée par la perte de celui-là même qui en faisait entendre les accens dans la funèbre enceinte!... L'impitoyable mort, après tant de coups portés sur notre compagnie éplorée, n'était pas encore satisfaite, et aujourd'hui c'est au cœur qu'elle nous frappe..... Messieurs, que vous dirais-je? que pourrait exprimer ma faible voix que vous n'ayez pas profondément senti? Ce cercueil et le nom de celui qu'il renferme ne sont-ils pas assez éloquens? Quand un homme tel que celui dont nous déplorons la perte a vécu environné de l'estime, du respect et de l'affection de tous ceux qui ont

admiré ses talens, honoré ses vertus et reçu ses bienfaits, il est superflu, sans doute, d'appeler la douleur et les regrets sur une mémoire aussi chère.

Aussi simple dans sa vie privée qu'il le fut dans l'exercice de ses fonctions, M. Cailliot a désiré que ses obsèques ne fussent pas décorées de la pompe académique. Mais la Faculté de médecine, dans sa prochaine séance solennelle, acquittera la dette sacrée de la reconnaissance et paiera à sa mémoire le tribut qu'elle lui doit. Elle déchirera le voile dont la modestie couvrit ses talens et ses vertus, et elle apportera autant de zèle à relever l'éclat de son mérite, qu'il semblait en mettre lui-même à le cacher. Quel panégyrique fut jamais plus riche et plus facile? Elle racontera sa vie, cette vie si belle et si utilement remplie, et elle le présentera avec orgueil comme sa plus brillante illustration.

Dans ce jour de deuil, si les premières émotions de la douleur avaient pu laisser quelque calme à la pensée, qu'il m'eût été doux de vous entretenir des longs et honorables services de M. Cailliot dans la carrière qu'il a si brillamment parcourue, de sa vaste érudition, de ses profondes études dans les sciences médicales, morales et philosophiques; de vous rappeler ses talens littéraires, la finesse et la grâce de son esprit, le charme inexprimable de ses entretiens, la sûreté de son jugement, sa pureté et sa lucidité dans l'exposition, son habileté dans la discussion, la haute sagesse de ses conseils, la profonde prudence de tous ses actes, sa sollicitude et sa bonté pour tous ses collègues et ses élèves, l'amour dont il était pénétré pour les intérêts de l'enseignement et la prospérité de la Faculté.

Après avoir essayé de peindre le savant, avec quelle effusion j'aurais adressé les hommages de ma respectueuse admiration aux vertus si nobles et si touchantes de cet homme de bien, de ce véritable philosophe. Il sut allier le faste de la pensée, une grande puissance d'intelligence,

l'esprit le plus philosophique à la simplicité des mœurs, à la modestie la plus réservée, à une bonté inépuisable, à une douceur, une patience et une égalité d'humeur que rien ne pouvait troubler. Ce noble caractère ne s'est pas démenti un instant lorsque de cruelles douleurs auraient pu lasser sa constance, quand les approches du moment suprême trouvent la faible humanité désarmée. La haute raison dont il était doué ne l'abandonna qu'avec la vie, et nous l'avons vu sur son lit de mort considérer avec calme les phases de sa pénible agonie et assister impassible au spectacle de sa propre destruction. Après une vie si pure, la mort lui fut facile; ce fut pour lui la fin d'un beau jour.

Dans la douleur qui nous oppresse, une pensée du moins vient adoucir l'amertume de nos cœurs. M. Cailliot jouit pendant sa vie de la récompense à laquelle il avait droit, de celle qui pouvait le plus toucher sa belle âme. Peu d'hommes, en effet, furent environnés de plus de considération, de confiance et d'affection : l'envie elle-même, si ses rares talens l'éveillèrent, sa bonté la découragea.

Que de titres, Messieurs, à nos justes regrets! Avec quel effroi chacun de nous a mesuré le vide immense que cette mort laisse dans nos rangs!...

Vous nous êtes ravi, ô vénérable doyen! mais vous serez pour nous, après la mort comme vous le fûtes pendant la vie, un parfait modèle, que nous nous efforcerons de suivre et que nous serions fiers d'imiter. Non! vous n'êtes pas mort tout entier pour la Faculté que vous avez tant aimée; votre mémoire n'y périra pas, nous la conserverons religieusement, et le dernier d'entre nous la transmettra encore à nos successeurs.

Adieu mon cher et excellent maître!... Mon respectable collègue, adieu!...

Observations sur les bons effets du musc dans les maladies nerveuses et convulsives, par J. Philippe Graffenauer, docteur en médecine et médecin cantonal à Strasbourg.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Convulsions chez un enfant affecté de la coqueluche.

Un garçon, âgé de quatre ans, tourmenté, depuis trois semaines, par la coqueluche, pour laquelle les parens avaient pris les conseils d'une sage-femme, fut atteint subitement de convulsions très-fortes. Cet état ayant déjà duré vingt-quatre heures, et la sage-femme ayant épuisé sa science, on me fit appeler. A mon arrivée, je trouvai l'enfant sans connaissance, les yeux à demi-fermés, se débattant dans son lit, poussant quelquefois des cris, grinçant les dents, qui étaient serrées. La respiration était courte, et le corps couvert de sueur. Les parens n'osaient pas toucher l'enfant, de peur qu'il ne devînt paralytique, préjugé populaire dont j'eus toutes les peines à leur faire sentir l'absurdité. M'étant par hasard aperçu que la langue était chargée, et présumant que les convulsions pouvaient être produites par la présence de matières bilieuses et glaireuses dans l'estomac et le canal intestinal, ainsi que cela arrive souvent, je lui fis administrer un lavement émollient, et je lui fis prendre ensuite une poudre composée de racine de jalap et de calomel : elle lui procura trois selles; cependant les convulsions n'en subsistèrent pas moins. Je lui fis appliquer ensuite des sangsues au cou et derrière

les oreilles, et, sur le soir, des sinapismes aux jambes. Ces remèdes restèrent encore sans effet. J'eus recours alors à une potion camphrée; mais le malade témoigna la plus grande répugnance pour ce remède, et n'en avala guère.

Le lendemain matin, son état étant encore le même, je conçus l'heureuse idée de lui donner le musc. J'en prescrivis un grain dans une once d'eau de mélisse, avec une demi-once d'eau de fleurs d'orange, et autant de sirop d'écorces d'oranges, à prendre par cuillerée toutes les demi-heures. A peine l'enfant en eut-il pris quelques doses, qu'il devint plus calme; il reposa quelques heures; les convulsions ne se répétèrent plus si souvent, et furent moins violentes. On continua ce remède pendant toute la nuit; vers le matin, il reprit connaissance, il ouvrit les yeux et reconnut ses parens. Dès-lors il ne voulut plus rien prendre; je me bornai simplement à lui faire donner quelques tasses de thé de tilleul et un peu de vin sucré. Deux jours après, je le purgeai encore, et les convulsions ne reparurent plus. La coqueluche avait perdu de sa force et disparut peu de temps après.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Convulsions déterminées par la dentition.

Un garçon, âgé de trois ans, fut pris, sans autre cause connue que la dentition, le matin après son déjeûné, d'une attaque de nerfs, qui le fit tomber à la renverse dans la chambre où il jouait. Il eut des mouvemens convulsifs très-forts; la respiration gênée, avec une espèce de sifflement. Un médecin, appelé à la hâte, pendant mon absence, prenant la maladie pour un croup, ordonna des sangsues derrière les oreilles et des poudres de calomel à donner

alternativement avec du sirop d'ipécacuanha. Lorsque j'arrivai, deux heures après l'accident, je trouvai le petit malade en proie aux plus violentes convulsions, avec écume à la bouche. Il y avait congestion cérébrale; la figure était bleuâtre. L'enfant avait déjà pris une poudre de calomel et une cuillerée du sirop, les sangsues tiraient encore; cependant son état était très-alarmant: les convulsions allaient toujours en augmentant, et il était menacé d'apoplexie. Ses parens étaient désolés et le croyaient perdu. Je lui fis mettre sur-le-champ des sinapismes aux mollets, et lui prescrivis le musc à la dose d'un grain, avec du sucre, à prendre de demi en demi-heure. Ce traitement produisit un effet surprenant. A peine les sinapismes étaient-ils restés appliqués une demi-heure, que l'enfant eût une crise salutaire; les convulsions cessèrent, et il resta quelques minutes immobile et comme mort. Mais peu après il reprit connaissance, il reconnut sa mère, et demanda à boire: cette crise fut suivie d'une transpiration abondante. Je lui fis administrer encore quelques grains de calomel uni au musc, qui lui procurèrent quelques selles. Le lendemain, je le fis mettre dans un bain tiède, et depuis il se trouva parfaitement rétabli.

TROISIÈME OBSERVATION.

Convulsions violentes chez un adulte.

Un homme, âgé de quarante ans, d'une constitution forte et robuste, livré depuis quelque temps à des chagrins profonds, se sentait incommodé; il éprouvait des douleurs rhumatismales dans les membres, et avait perdu l'appétit. Il s'adressa à un médecin, qui lui prescrivit une poudre composée de crême de tartre, de nitre et de soufre doré

d'antimoine, à prendre par cuillerées à café. Pendant qu'il fit usage de ce remède, il commit des imprudences dans le régime et se mit aussi en colère; le lendemain matin, il fut tout à coup saisi d'une violente attaque de nerfs, avec perte de connaissance, contorsion des membres, serrement des dents, écume à la bouche, etc. Un officier de santé appelé à la hâte, ne voyant d'indication plus pressante à remplir que de lâcher le ventre, lui prescrivit des lavemens émolliens et des poudres composées de calomel, de racine de jalap et d'aloës, qui ne lui procurèrent que deux selles. Mais son état ne s'étant point amélioré, et les convulsions continuant sans cesse avec une force extraordinaire, au point que trois personnes étaient à peine capables de le retenir dans son lit, on réclama mes soins. Je le vis à midi; il était dans une agitation extrême, il se débattait continuellement et se jetait souvent en l'air; les yeux étaient fixes, immobiles, le plus souvent à moitié fermés, de manière qu'on n'en voyait que le blanc; les dents étaient serrées, le pouls concentré, petit, mais sans fièvre, les extrémités froides, etc. Je fis mettre de suite des sinapismes aux jambes, et je prescrivis une potion antispasmodique camphrée. Je voulais faire placer des sangsues à la tête; mais il était impossible de les faire prendre, à cause de la grande agitation du malade. Vers les neuf heures du soir, le malade se calma un peu, et dormit pendant trois heures; au bout de ce temps, il se réveilla, et fut pris d'une nouvelle attaque, qui ne dura qu'une demi-heure; elle fut encore suivie d'une rémission de trois heures. Pendant ces rémissions, qui se renouvelèrent encore plusieurs fois, il dormait; mais il n'avait pas encore repris connaissance, ni proféré aucune syllabe. Le lendemain, j'eus recours au musc, et je prescrivis une potion composée de trois grains de cette

substance dans trois onces d'eau de mélisse, avec une demi-once d'eau de fleurs d'orange et autant de sirop d'écorces d'oranges, à prendre de demi en demi-heure par cuillerée à soupe. Ce remède produisit le plus heureux effet. Vers le soir, la tête se dégagea; il reprit la parole, et demanda à uriner, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux jours. Le troisième jour, au matin, il était en pleine connaissance et répondait exactement à toutes les questions qu'on lui adressait; mais il ne se rappelait de rien et se sentait très-abattu; la langue était sale et couverte d'un mucus épais. Le malade ayant reçu ce jour beaucoup de visites et ayant beaucoup parlé, eut une nuit très-agitée et battit la campagne. Le quatrième jour, il eut les yeux égarés; il tenait des discours incohérens, et jasait les choses les plus bizarres; mais il était absolument sans fièvre. Un bain de pied sinapisé, quelques sangsues à la tête, et un purgatif lui rendirent bientôt la raison. Il se rétablit parfaitement et n'éprouva plus de rechute depuis cette époque.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Fièvre nerveuse avec spasmes violens et congestion cérébrale.

Marie B., âgée de seize ans, d'une constitution délicate, sujette aux convulsions dans son bas âge, réglée depuis un an environ, éprouvait pendant quelques jours, un malaise général, avec inappétence, maux de tête, bourdonnemens dans les oreilles, etc. Appelé pour lui donner mes soins, je la trouvai sans fièvre, se plaignant d'alternatives, de frissons et de chaleurs, de pesanteur à la tête; elle avait, en outre, la langue chargée, la bouche mauvaise, amère, et présentait, en général, tous les symptômes de l'embarras gastrique.

Je lui prescrivis, pour prendre dans la matinée, des poudres composées de rhubarbe, de racine de jalap et de calomel, qui lui procurèrent sept à huit selles bilieuses. Elle passa une nuit agitée et troublée par des révasseries. Le second jour de la maladie, le pouls était fréquent et petit; je remarquai parfois quelques mouvemens spasmodiques aux tendons, la langue était humide et blanchâtre, l'ouïe un peu dure, la peau sèche et chaude, la figure animée, le regard fixe, les yeux vitrés, etc. Cet appareil de symptômes annonçant évidemment un trouble dans le système nerveux, je prescrivis une infusion de valériane, avec acétate de potasse et oxymel simple, à prendre d'heure en heure par cuillerée.

Le troisième jour, la tête se trouvait embarrassée; la malade battait la campagne; cependant elle répondait juste aux questions qu'on lui adressait, et grinçait souvent des dents; la peau était toujours sèche, le bas-ventre était mou et n'occasionait pas la moindre douleur à la pression. Prescriptions : Infusion de valériane avec camphre, gomme arabique et éther sulfurique; sinapismes aux jambes.

Le quatrième jour, délire continuel, pouls petit, fréquent, nerveux, soubresauts des tendons, ouïe très-dure, dents incrustées. Continuation du même traitement. Vers le soir, redoublement de la fièvre, augmentation de tous les symptômes nerveux avec forte congestion vers la tête qui était chaude et la face colorée. Je fis alors interrompre la potion de valériane comme trop excitante, et je portai toute mon attention sur la congestion cérébrale; en conséquence, je fis d'abord appliquer des sangsues aux tempes et des sinapismes à la plante des pieds; ensuite je fis faire des fomentations froides sur la tête, et je prescrivis le ca-

lomel, à prendre toutes les deux heures, un grain avec du sucre.

Le cinquième jour, la congestion cérébrale avait beaucoup diminué; cependant la malade délirait encore. Continuation du calomel; nouvelle application de sangsues derrière les oreilles et de vésicatoires aux cuisses.

Le sixième jour, la tête avait repris sa température naturelle, elle n'était plus chaude au toucher; mais la malade était très-faible; le pouls était petit, filiforme et s'échappait sous les doigts; on remarquait des soubresauts aux tendons, un serrement spasmodique des dents, une raideur tétanique des membres, la respiration était courte et gênée, enfin tout le monde croyait la malade perdue sans ressource.

Dans ces circonstances critiques, j'eus recours à un moyen précieux et puissamment énergique dans les maladies aiguës et chroniques où l'on remarque une excitation trop forte des propriétés vitales du système nerveux, je veux parler du musc. En conséquence, je fis prendre, toutes les deux heures, un grain de cette substance avec du sucre.

Le septième jour, la tête commença à devenir un peu plus libre; la malade reprit ses sens et la parole, elle reconnut les personnes qui l'entouraient, elle eut une transpiration abondante et l'ouïe fut moins dure. Continuation du même traitement.

Le huitième jour, le mieux continua; le pouls reprit plus de force et de régularité. La malade avait passé une nuit tranquille. Je fis toujours continuer le musc, toutes les trois heures un grain, et dans les intervalles, pour relever le ton du système musculaire, je fis prendre une décoction de quinquina avec valériane et liqueur d'Hoffmann.

Le neuvième jour, la tête se trouva parfaitement libre, le pouls à l'état naturel, la langue humide et molle, la peau moite. Je fis cesser l'usage du musc dont la malade avait pris en tout vingt grains, et je continuai encore, pendant quelques jours, celui de la potion de quinquina, que je fis soutenir par des alimens restaurans et un peu de vin de Malaga. La convalescence ne fut pas longue, et la malade récupera parfaitement ses forces et sa santé.

Ces différentes observations constatent l'influence salutaire qu'exerce le musc sur le système nerveux. En effet, ce remède calme les spasmes sans assoupir et sans échauffer; il excite l'ouïe et agit principalement sur la peau, en favorisant la transpiration. Ordinairement, lorsqu'on propose le musc, c'est comme si l'on parlait de l'extrême-onction; cela vient de ce qu'on attend, pour l'administrer, le moment du plus grand danger. Si l'on veut en obtenir du succès, il faut le donner à l'époque de la maladie où il y a encore possibilité de réussir. Le musc est beaucoup plus un moyen de prévenir le danger mortel que de l'éloigner quand il est arrivé. Ce serait une grande faute de n'ordonner ce remède qu'à des mourans ou dans des maladies incurables. Comment pourrait-il réussir dans ces cas? Mais lorsqu'il est bien appliqué, on en obtient souvent un succès aussi prompt qu'étonnant, ainsi que nous venons de le voir.

Observations recueillies à la clinique interne de la Faculté de médecine de Strasbourg, pendant le semestre d'hiver 1834 — 1835; par V. Stœber, agrégé à la Faculté.

Chargé par intérim des fonctions de professeur de clinique pendant la maladie de M. Lobstein, j'ai fait recueillir par les élèves les observations de nos malades. J'en rapporte les plus intéressantes, en grande partie telles qu'elles ont été rédigées par les élèves, et en y ajoutant quelques-unes des remarques qu'elles nous ont suggérées. Je les ferai précéder du tableau général des maladies traitées pendant ce semestre.

Le service de la clinique interne ne se composait que de 35 lits; mais comme nous avions à notre disposition quelques lits supplémentaires, le nombre des malades dépassait souvent celui de 35, et a été porté plusieurs fois jusqu'à 43.

Les tableaux suivans feront voir d'abord le mouvement de nos salles pour le semestre entier, et pour chaque mois séparément, et ensuite les maladies que nous avons eues à traiter.

I. *Malades traités pendant le semestre.*

Guéris.	54 hommes,	49 femmes.	Total, 103
Sortis non guéris . . .	15	9	24
Morts	24	9	33
Restent en traitement	15	21	36
Totaux . . .	108 hommes,	88 femmes.	196

II.

Mois de novembre,	24 guéris,	3 sortis non guéris,	2 morts.
décembre,	26	5	9
janvier,	17	4	11
février,	17	6	6
mars,	19	6	5

III. *Maladies traitées.*

Fièvre quarte, 7.
Fièvre tierce, 1.
Fièvre intermittente irrégul., 1.
Fièvre éphémère, 1.
Typhus, 16.
Congestion cérébrale, 1.
Vertiges, 1.
Céphalalgie, 1.
Ramollissement du cerveau, 1.
Apoplexie, 3.
Manie aiguë, 1.
Méningite, 1.
Myélite, 2.
Fièvre catarrhale, 2.
Catarrhe bronchique aigu, 3.
Catarrhe bronch. chron., 16.
Pleurodynie, 4.
Pleurésie, 6.
Pneumonie, 12.
Hémoptysie, 2.
Phthisie, 17.
Asthme, 4.
Péricardite aiguë, 1.
Maladie organique du cœur, 3.
Anévrisme de l'aorte abdom., 1.
Perforation du pharynx, 1.
Squirrhe de l'œsophage, 1.
Embarras gastrique, 3.
Fièvre lente gastrique, 1.
Gastro-entérite, 1.
Gastrite chronique, 1.
Cancer du pylore et du pancréas, 1.
Vomissemens, 1.
Cardialgie, 2.
Pyrosis, 1.
Entérite, 1.
Diarrhée, 1.
Dyssenterie, 1.
Vers intestinaux, 1.
Péritonite, 1.
Hépatite subaiguë, 1.
Hépatite chronique, 1.
Jaunisse, 1.
Carreau, 1.
Flux hémorrhoïdal excessif, 1.
Cystite, 1.
Dysurie, 1.
Métrite subaiguë, 1.
Dysménorrhée, 3.
Carcinome utérin, 1.
Écoulem[t] sanieux de l'utérus, 1.
Leucorrhée, 1.
Hydropisie de l'ovaire, 1.
Iritis, 3.
Amaurose, 1.

Ozène, 1.
Lupus au nez, 1.
Phlegmon à la lèvre supér., 1.
Fluxion à la face, 1.
Érysipèle à la face, 1.
Érysipèle gangréneux, 1.
Scarlatine, 1.
Miliaire aiguë, 1.
Miliaire chronique, 1.
Dartre furfuracée, 2.
Inflammation de l'articulation coxo-fémorale, 1.
Rhumatisme articulaire aigu, 2.
Rhumatisme articulaire subaigu, 4.
Fièvre rhumatismale, 3.
Rhumatisme muscul. chron., 9.
Rhumatisme des muscles abdominaux, 1.
Lumbago, 1.
Sciatique, 3.
Paralysie saturnine, 1.
Chorée, 2.
Hypochondrie, 3.
Hystérie, 4.
Névralgie utérine, 1.
Anasarque, 4.
Ascite, 2.
Hydropisie générale, 1.
Scrophules, 1.
Syphilis constitutionnelle avec exostoses, 2[1].

Les 33 décès ont eu lieu par suite des maladies suivantes :

Typhus, 4.
Apoplexie, 1.
Ramollissement du cerveau, 1.
Pneumonie, 3.
Pneumonie et péricardite aiguë, 1.
Catarrhe pulmonaire chronique se compliquant dans les derniers jours de pneumonie, 1.
Phthisie, 6.
Hémoptysie, 1.
Asthme, 2.
Maladie organique du cœur, 3.
Anévrisme de l'aorte abdominale, 1.
Perforation du pharynx, 1.
Squirrhe de l'œsophage, 1.
Entérite avec phthisie, 1.
Érysipèle gangréneux, 1.
Ascite, 3.
Hydropisie des trois cavités par suite de scarlatine, 1.
Épuisement par suite de rhumatisme chronique vague, 1.

[1] En additionnant les chiffres de ce tableau, on trouvera qu'il y a eu 201 maladies, et cependant il n'est entré à la clinique que 196 malades ; c'est que la scarlatine et la miliaire ont affecté successivement le même individu, la cystite est survenue chez une pneumonique, l'iritis chez un individu affecté d'amaurose, la péricardite a accompagné la pneumonie dans un cas, enfin la fièvre lente gastrique avait été notée d'abord sous le nom d'*embarras gastrique*.

On voit par cette énumération que le champ offert à notre investigation a été assez vaste et surtout très-varié. Nous avons observé un assez grand nombre de faits intéressans et rares, et les maladies qu'on rencontre ordinairement, et qu'il importe le plus de faire connaître aux élèves, se sont présentées avec leurs différentes nuances. Avant de passer aux observations particulières, je crois devoir dire quelques mots de la mortalité dans nos salles pendant le semestre. Nous avons eu 33 décès sur 196 malades, ou à peu près 1 mort sur 6 malades. Cette proportion étendue à tout un hôpital et à toute l'année, serait très-peu favorable; mais elle s'explique facilement pour le service de la clinique, quand on considère que nous ne parlons que du semestre le plus défavorable sous ce rapport, et que nous cherchions toujours à faire entrer à la clinique les cas les plus graves. Et à cette occasion nous ne pouvons trop nous louer de l'obligeance de MM. les médecins en chef, Schahl et Schweighæuser, qui souvent nous cédaient des malades intéressans, et prenaient en revanche des individus qui ne pouvaient pas servir à l'instruction des élèves et qu'on avait été obligé de recevoir à la clinique, faute de place dans les autres services.

Je passe maintenant aux faits mêmes.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUARTE.

Les 7 malades, auxquels nous pourrions en ajouter un huitième, qui venait à la consultation, avaient tous la fièvre depuis quelques semaines; on leur avait fait prendre en ville du sulfate de quinine en pilules ou en solution; quelques-uns l'avaient continué pendant très-long-temps,

et paraissent en avoir pris dix à douze grains par jour, à en juger d'après le nombre de pilules. Chez l'un nous avons également employé ce médicament sans succès, jusqu'à la dose de quinze grains; nous l'avons abandonné pour recourir à l'électuaire de quinquina que nous avons vu employer avec beaucoup de succès dans les fièvres quartes, par M. le professeur Lobstein, et qui nous a réussi dans tous les cas et très-promptement, car d'ordinaire, l'administration de ce médicament n'était plus suivie que d'un accès fébrile plus faible que les précédens. Nous composions ordinairement l'électuaire d'une once de quinquina en poudre, de deux gros de magnésie calcinée et de sirop commun quantité suffisante.

Dès qu'un accès avait manqué, nous réduisions la dose de quinquina à une demi-once; la magnésie fut donnée à plus petite dose, ou supprimée quand les malades avaient plusieurs selles par jour.

AFFECTION TYPHOÏDE.

Parmi les seize cas d'affection typhoïde, il y en a quelques-uns de très-intéressans. Nous avons pu nous convaincre par l'inspection cadavérique d'un jeune homme mort de cette maladie, que la lésion des glandes de Peyer et de Brunner, la dothinentérie n'existe pas toujours, lors même que l'affection typhoïde est le mieux caractérisée, et que les symptômes abdominaux, tels que la sensibilité et le météorisme du ventre, la diarrhée, sont prédominans. Par contre, nous avons vu un autre cas où il n'existait ni sensibilité abdominale, ni météorisme, ni diarrhée, et où cependant le développement de la dothinentérie avait at-

teint un très-haut degré. Ces observations ont été recueillies avec soin par MM. les élèves, et existent dans les cartons de la clinique. Il en est de même de celle d'une jeune fille affectée d'un typhus, occasioné probablement par le chagrin d'avoir été infectée de chancres par son amant. Cette malade était pour ainsi dire convalescente, lorsque tout à coup les symptômes typhoïdes reprirent une nouvelle intensité, et l'enlevèrent au bout de peu de jours. A l'ouverture du cadavre nous trouvâmes un grand nombre d'ulcérations intestinales bien développées; mais il y en avait beaucoup d'autres aussi qui étaient détergées, à bords affaissés, et paraissaient prêtes à se cicatriser; enfin, de nombreuses cicatrices, telles qu'elles ont été décrites par MM. Louis et Andral, se rencontrèrent entre ces ulcérations; quelques-unes des cicatrices étaient encore entourées de vaisseaux sanguins injectés. Il est à peu près certain dans ce cas, que la cicatrisation des ulcères s'est faite à l'époque où la maladie marchait vers une terminaison favorable, et où les symptômes annonçaient une prochaine convalescence, et qu'une nouvelle éruption dothinentérique a eu lieu lorsque les symptômes ont repris un caractère grave. Peut-être qu'à mesure que la tête de la malade redevenait plus libre, le souvenir de son affection vénérienne qu'elle n'avait pas avouée, mais que nous connaissions et que nous pûmes constater après la mort, agissant de nouveau sur son moral, a occasioné la rechute à laquelle la malade a succombé?

Quant au traitement que nous avons mis en usage dans l'affection typhoïde, il n'a pas été le même chez tous nos malades. Je ne crois pas que pour le typhus, pas plus que pour toute autre maladie, un traitement identique puisse convenir dans tous les cas. Que si l'on m'objecte

que tel ou tel traitement a sauvé les cinquante malades chez lesquels on l'a employé, je commence par douter, et j'attends que l'expérience ait confirmé ce brillant succès; je ne sache pas que jusqu'à présent une seule de ces médications exclusives se soit soutenue. Il est vrai qu'il arrive quelquefois qu'on parvient à guérir un grand nombre de malades affectés du typhus sans en perdre un seul, mais ensuite on en perd plusieurs de suite. C'est ainsi que pendant les vacances nous avons eu dans nos salles 12 à 15 typhoïdes, qui sont tous sortis guéris, mais durant le semestre d'hiver nous en avons vu mourir 4 sur 16.

Dans le traitement de cette maladie nous agissions symptomatiquement; suivant les indications, nous commencions par la saignée, et ensuite les acides minéraux, ou par l'infusion d'ipécacuanha, ou par l'acétate d'ammoniaque, ou simplement par une boisson légèrement diaphorétique. Nous tâchions surtout de bien observer le passage de la maladie, de la période d'excitation à celle de prostration, et de varier notre médication en conséquence; car dans cette dernière période je crois qu'on doit avoir recours aux stimulans et aux toniques plus ou moins énergiques suivant l'exigence des cas.

Parmi les observations j'en trouve deux qui méritent d'être rapportées :

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre typhoïde avortée. — Guérison.

Catherine Michel, âgée de quarante ans, ouvrière en tabac, bien constituée, entre à la clinique le 8 novembre 1834.

Il y a quinze jours, ayant été exposée à un courant d'air froid, pendant que le corps était en transpiration, la malade fut prise de douleurs dans les membres et de lassitude, suivies de céphalalgie, vertiges, bourdonnemens d'oreilles, diarrhée.

A son entrée à la clinique, la malade se plaint surtout d'une prostration extrême avec douleurs dans les membres, céphalalgie, vertiges, bourdonnemens d'oreilles, soif intense, anorexie. Les réponses de la malade sont lentes, elle reste toujours couchée sur le dos; la langue est jaune, sèche, l'abdomen n'est point douloureux, la diarrhée a cessé depuis la veille; le pouls est fréquent, peu développé. (Infusion d'un scrupule d'ipécacuanha dans quatre onces d'eau, à prendre par cuillerée à bouche, d'heure en heure; infusion de fleurs de tilleul pour boisson. Diète.)

Le 9. Langue moins sèche, pouls moins fréquent, les autres symptômes persistent. La potion n'a pas provoqué de vomissement; on en continue l'usage.

Le 10. Langue humide, pouls naturel, les autres symptômes n'ont point changé.

Le 12. L'appétit revient un peu. Tous les symptômes morbides diminuent, et le 15, il ne reste plus qu'une grande débilité, laquelle ne disparaît que très-lentement.

L'infusion d'ipécacuanha fut continuée jusqu'au 14, sans exciter de vomissemens; on la remplaça alors par une décoction amère, et en même temps on accorda peu à peu une nourriture plus substantielle.

La malade sortit guérie le 24 novembre.

Cette observation, comme on voit, ne se distingue point par la gravité des symptômes présentés par la malade, et l'on pourrait peut-être même m'accuser de faire

passer pour affection typhoïde, ce qui n'était qu'un simple embarras gastrique. Mais si effectivement il y avait quelques symptômes d'embarras gastrique, il y en avait aussi d'autres qui n'appartiennent point à cette affection, et il en manquait quelques-uns qui sont propres à l'embarras gastrique, tels que les nausées, les vomissemens, l'amertume de la bouche. Par contre, tous les symptômes observés chez la malade sont propres à l'affection typhoïde, surtout les vertiges, les bourdonnemens d'oreilles, la sécheresse de la langue, la diarrhée, et cette prostration extraordinaire des forces qui a persisté long-temps après la disparition des autres symptômes morbides. Aussi n'avons-nous pas hésité à considérer cette maladie comme un typhus avorté. Les cas de cette espèce sont rares à la vérité, et l'on ne voit pas souvent la maladie, parvenue à ce degré, s'arrêter dans sa marche, sans se développer davantage; mais c'est précisément là ce qui m'a déterminé à rapporter cette observation.

Quelle a été l'influence du traitement sur le cours de la maladie? Sans vouloir l'affirmer absolument, je suis cependant tenté de croire que l'infusion d'ipécacuanha a contribué à imprimer à la maladie une marche favorable; c'est du moins la conclusion à laquelle je suis arrivé par l'observation d'un grand nombre de cas dans lesquels la prédominance des symptômes gastriques au commencement du typhus, m'a engagé à administrer l'infusion d'ipécacuanha.

Dans beaucoup de ces cas j'ai cru observer un changement favorable dans la marche de la maladie, quoique, je le répète, les cas où l'affection typhoïde avorte, pour ainsi dire, comme dans l'observation citée, soient extrêmement rares.

semblant à de la bile. Les glandes de Peyer et de Brunner ne sont point altérées. La partie inférieure du colon, et les parties supérieure et moyenne du rectum sont d'un rouge foncé à l'extérieur; leurs parois sont épaissies, transformées en une substance lardacée, et la lumière du rectum est presque effacée.

Foie de consistance normale, mais adhérant au diaphragme et aux intestins par des fausses membranes épaisses, graisseuses, et qui formaient à la partie supérieure du foie, entre celui-ci et le diaphragme, un kyste dont la surface interne était mamelonnée, et qui contenait une sérosité citrine dans laquelle nageaient quelques débris d'hydatides; un kyste semblable se trouvait au bord inférieur du foie, dans une étendue de 6 à 8 pouces. La vésicule biliaire était vide.

La rate était attachée aux côtes par des fausses membranes, et son tissu réduit en putrilage.

Appareil urinaire normal.

Si j'ai appelé fièvre adynamique la maladie de Bauvaine, ce n'est pas que j'attache dans le cas présent quelque importance au nom de l'affection, mais parce qu'elle semblait par sa marche et ses symptômes essentiels se rattacher plutôt aux fièvres adynamiques qu'aux fièvres ataxiques. Les pétéchies nombreuses qui se sont manifestées dans les premiers temps, le léger épistaxis joint à la prostration extrême des forces sans délire, semblent prouver qu'il y avait chez notre malade une dyscrasie des humeurs, avant que le système nerveux ne fût profondément affecté. Nous étions loin, pendant la vie du malade, de soupçonner les altérations étendues que nous trouvâmes après la mort. Bauvaine ne se rappelait pas d'avoir été sérieusement ma-

lade, il ne souffrait point avant le 1er janvier, et cependant il portait les traces évidentes d'une ancienne péritonite très-étendue, et il était affecté en outre d'une pleurésie chronique, avec formation d'abcès, et d'une dégénérescence considérable avec occlusion presque complète du rectum. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'avec des lésions pareilles on puisse se porter assez bien pour ne pas se plaindre et pour vaquer à ses occupations.

CONGESTION CÉRÉBRALE PARTIELLE.

François Simon, journalier, âgé de soixante-trois ans, est entré à l'hôpital le 8 novembre 1834.

Le malade paraît jouir d'une bonne constitution, il n'a hérité de ses parens d'aucune affection: il y a fort longtemps, environ une trentaine d'années, un caisson d'artillerie éclata près de lui, et lui occasiona à la région temporale une blessure qui ne tarda pas à être guérie; mais le malade ressentit à cette même époque des maux de tête violens; il se rappelle avoir éprouvé des vertiges, des tintemens d'oreilles, des éblouissemens, il ne dit point qu'il fût survenu une paralysie complète ou incomplète; il resta cependant couché pendant deux mois, toujours en proie à une céphalalgie opiniâtre. Le traitement suivi pendant le cours de sa maladie, s'est composé de fréquentes émissions sanguines, locales et générales, d'un vésicatoire à la nuque, de sinapismes aux pieds et aux mollets; à la suite de ce traitement il s'est rétabli, mais depuis lors il a été constamment sujet à des étourdissemens fréquens, à des rêvasseries, souvent à des insomnies cruelles. Ces symptômes avaient cependant disparu depuis quelques années, lors-

que, le mercredi 5 novembre, à cinq heures du soir, revenant de son travail, et ne s'étant pas plus fatigué que de coutume, chargé d'une hotte contenant ses instrumens de travail, Simon fut pris tout à coup, et pour la première fois de sa vie, d'une envie irrésistible de courir; il se sentait courir malgré lui; tous les efforts qu'il fit pour s'arrêter dans sa course, furent inutiles; il tomba comme une masse, d'après son expression, sur la partie antérieure de la tête; les instrumens dont il était chargé ne lui occasionèrent aucun accident; dans sa chute, il se fit une légère blessure à la face, au côté gauche du nez et au-dessus de la lèvre supérieure du même côté. Il ne perdit point connaissance, il se rappelle tous les détails de sa chute; il ne put se relever seul, le secours d'un de ses camarades lui fut nécessaire: en se relevant, il n'éprouva qu'une faiblesse extrême dans tout le corps, et ne ressentit d'autre douleur que celle qui résulte d'une contusion dans ses membres. Étant porté chez lui, il rendit lui-même compte de l'accident qui lui était arrivé; ses fonctions intellectuelles n'avaient subi aucune altération, il passa une nuit tranquille; seulement il ne pouvait pas faire usage de ses membres, trop faibles pour lui permettre de serrer les objets qu'on lui présentait, trop faibles pour supporter le poids de son corps.

Le quatrième jour de sa chute, il est entré à l'hôpital. Interrogé le 9 novembre, il ne s'est plaint d'aucune douleur à la tête; la sensibilité de la vue, de l'ouïe, n'est ni augmentée ni diminuée; les fonctions cérébrales ne paraissent avoir éprouvé aucun dérangement, point de stupeur, point de délire; le sommeil est naturel, point de somnolence, de coma, de rêves; point de convulsions dans les membres, point de crampes, point de raideur, point

de contraction, seulement une faiblesse considérable dans les membres thoraciques et abdominaux; aucune sensation douloureuse dans la région spinale; engourdissement et fourmillement dans les doigts plus que dans les orteils: les bras sont engourdis, mais sensibles; le malade peut porter sa main dans toutes les directions qui lui sont prescrites, mais il ne peut serrer que très-faiblement les objets qui lui sont offerts: le membre droit est un peu plus faible que le gauche; la face est tranquille, le malade répond à toutes les questions sans effort; la langue n'est point déviée, les lèvres ne sont point tirées d'un côté plus que de l'autre.

Toutes les autres fonctions s'exécutent naturellement, sauf l'excrétion des urines qui se fait un peu difficilement; le malade éprouve au gland une démangeaison très-vive qui précède le cours des urines et qui disparaît pendant leur émission, aussi bien qu'après: cette douleur ne remonte pas plus haut; la vessie n'est point douloureuse, point de chaleur, point de douleur dans le canal de l'urètre et dans les reins. Le pouls n'est pas plus fréquent, il est assez plein.

Prescription : Une saignée de 8 onces; tisane tartarisée, ℔ij, avec tartre stibié, gr. ij.

Le 10 novembre, l'état du malade n'est pas plus alarmant que la veille, il a bien dormi; il n'a pas eu mal à la tête. Même faiblesse dans les membres, plus grande dans les supérieurs que dans les inférieurs. Contraction du biceps gauche, engourdissement, fourmillement dans les doigts.

La douleur éprouvée au gland a disparu; les urines sont chassées naturellement; cette légère rétention d'urines que le malade avait éprouvée depuis le moment de sa chute, n'avait, dit-il, pour cause, que la peur qu'il avait ressentie en tombant.

La potion prescrite hier lui a procuré six selles liquides. Le sang qui lui a été tiré ne présente rien de particulier.

Prescription: Tisane tartarisée sans tartre stibié; lotions avec le vin aromatique.

Le 11, les selles sont devenues naturelles. Même état, même prescription.

Le 12, la contraction du biceps a disparu; les membres commencent à prendre un peu plus de force: le malade peut serrer avec plus de force, mais il sent toujours son bras engourdi.

Le 13, le malade commence à se lever, il se tient difficilement sur ses jambes, mais il sent une grande amélioration dans son état.

Le 14, les jambes faiblissent toujours; les membres thoraciques prennent un peu de force.

Enfin le malade va de mieux en mieux, il continue ses frictions avec le vin aromatique, seul moyen employé pendant tout le cours de sa maladie depuis le deuxième jour de son entrée à l'hôpital. Les forces viennent petit à petit, et vers les derniers jours de novembre, le malade marche librement, ses doigts ne lui refusent plus aucun service.

Le 1er décembre il est sorti guéri.

S'il existe dans l'encéphale un organe chargé de régulariser les mouvemens volontaires, comme semblent le prouver les expériences de quelques physiologistes modernes, il me paraît évident que c'est cet organe qui a dû être affecté chez notre malade. Celui-ci ayant guéri, nous sommes restés dans l'incertitude sur le siége de la maladie, les physiologistes n'étant eux-mêmes pas d'accord sur l'organe régulateur. Quant à la nature de l'affection, elle paraissait consister dans un état congestionnaire; la face rouge et la

plénitude du pouls parlaient du moins en faveur de cette opinion. En un mot, la maladie nous a paru être un coup de sang borné à une petite partie de l'encéphale, et qui s'est dissipé promptement et sans intervention bien active des secours médicaux.

RAMOLLISSEMENT BLANC DU CERVEAU.

Jean Feilmann, âgé de soixante-six ans, jardinier, avait été traité à la clinique, pendant les vacances, d'un typhus très-grave, durant la convalescence duquel se manifesta un délire apyrétique. Le malade tentait constamment de sortir de la salle, et murmurait quelques paroles inintelligibles; la nuit il se levait et allait d'un lit à l'autre réveiller les malades. On voyait qu'il était très-faible sur ses jambes, lesquelles étaient légèrement œdématiées. Les autres fonctions s'exécutaient régulièrement. Un large vésicatoire sur le sommet de la tête, et à l'intérieur une forte infusion de valériane avec de l'éther firent disparaître ce délire, et le malade se rétablit peu à peu. Il sortit de l'hôpital le 11 décembre, ne se plaignant plus que d'un léger œdème des pieds, qui se manifestait le soir et disparaissait par la position horizontale.

Le 23 du même mois, Feilmann rentra à la clinique, se plaignant d'un catarrhe pulmonaire peu intense, avec oppression de poitrine et œdème des jambes. Un vésicatoire à la poitrine et une potion gommeuse avec le kermès minéral et l'oxymel scillitique firent disparaître ces symptômes au bout de huit jours. A dater du 31 décembre, on le regarda comme convalescent, et on lui accorda du vin rouge pour relever ses forces.

Dans la nuit du 9 au 10 janvier, Feilmann fut pris de nouveau et sans cause connue, de délire, sans fièvre. On lui prescrivit l'infusion de valériane avec l'éther sulfurique dont il avait fait usage lors de son premier délire.

Le 11, état comateux; le malade ne répond point aux questions qu'on lui adresse; il paraît presque insensible, surtout à l'extrémité inférieure droite. Quelquefois légers délires, contractions et mouvemens involontaires des bras, face livide, pouls petit, non accéléré; constipation de deux jours. (Vésicatoire sur le sommet de la tête; à l'intérieur, la potion suivante: Tartre stibié, un grain; sel de Glauber, une once; eau, quatre onces.)

Le 12, les mêmes symptômes persistent, le bras droit est presque froid. Le malade n'a eu ni selle, ni vomissemens. (Infusion de trois gros de fleurs d'arnica avec un demi-gros de liqueur de corne de cerf succinée, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure; lavement avec quatre grains de tartre stibié et une once de sel de Glauber.)

Le 13, quelques selles par suite du lavement. La chaleur est revenue au bras droit; tremblemens et contractions spasmodiques des muscles, surtout de ceux des extrémités supérieures; grincemens de dents; subdélire; larmoiement; déglutition impossible; respiration laborieuse; gémissemens; râle; pouls fréquent, irrégulier. Mort dans la journée.

Autopsie cadavérique, trente-six heures après la mort. La seule altération qu'on put découvrir fut un ramollissement blanc de toute la voûte à trois piliers, sans aucune injection, ni altération de couleur dans les couches optiques, corps striés ou autres parties environnantes. Les parties ramollies étaient presque diffluentes, à peu près

de la consistance d'une bouillie épaisse et conservaient la couleur normale de l'organe.

Je ne m'arrêterai pas à faire observer que dans ce cas aucun symptôme inflammatoire n'a existé pendant la vie du malade, et qu'après la mort aucune trace de rougeur n'a pu être découverte. On commence à admettre presque généralement qu'il y a des ramollissemens non inflammatoires, et sous ce rapport ce fait vient s'ajouter à ceux observés par M. Rostan et d'autres auteurs. Mais ce qu'il y a de remarquable c'est la rapidité avec laquelle a marché la maladie, si toute fois celle-ci ne date que de la réapparition du délire. Si, au contraire, le ramollissement avait déjà commencé lorsque le délire apyrétique se manifesta la première fois, alors on s'expliquerait difficilement que le malade eût pu se rétablir assez bien pour sortir de l'hôpital, en apparence complètement guéri, ne conservant du moins qu'un léger œdème des extrémités inférieures.

MANIE AIGUË.

Madeleine Keitel, âgée de quarante-six ans, cessa d'être réglée au mois d'août 1834. Ses fonctions intellectuelles avaient été intactes jusque-là; mais bientôt il survint du trouble et de la confusion dans ses idées, le bras droit devint faible. Le 12 novembre, elle fut prise d'un délire qui roula indifféremment sur tous les objets. L'agitation était continuelle. Transportée à la clinique, le 16, nous la trouvâmes dans l'état suivant: loquacité extrême, elle divague sur tous les points, tout est sans ordre, sans liaison, méprise dans les personnes, point de relâche, ni le jour ni la nuit, elle veut sans cesse sortir du lit, mais il y a

impossibilité de marcher. Semi-paralysie du bras droit, sans perte de sensibilité. Elle accuse des douleurs dans les membres et dans le bas-ventre, qui cependant n'est pas sensible à la pression. La face est colorée, le pouls un peu accéléré, mais petit; soif, appétit nul, constipation. Dans la vue de réprimer cette exaltation, on prescrit les éméto-cathartiques: Tartre stibié, iv gr.; sulfate de magnésie, ℥ij; eau distillée, ℥vj, à prendre par cuillerées dans la journée, ce qui procura plusieurs selles et plusieurs vomissemens; boisson tartarisée.

Le 17, point de changement. On prescrit x gr. d'extrait de gratiole dans ℥ij d'eau, avec ℥ß de sirop.

Le 18, nous la trouvâmes un peu plus calme; de temps en temps elle divaguait encore; une selle; on continue la gratiole.

Le 19, elle demande à manger; on lui accorde un peu de riz et du bouillon; elle répond assez bien aux questions qu'on lui adresse. Point de selle.

Le 24, les fonctions intellectuelles qui paraissaient avoir été si gravement compromises sont entièrement rétablies Mais le bras reste dans le même état. Tous les objets qu'elle croit pouvoir saisir avec cette main lui échappent. Prostration générale, qui contraste avec cette vive agitation qui a précédé. Deux selles. On continue encore la gratiole; frictions avec le liniment volatil le long des vertèbres cervicales.

Le 27, vu le calme de la malade, et surtout la prostration existant depuis plusieurs jours, on lui donne ʒij de fleurs d'arnica en infusion. Le pouls est un peu irrégulier: après trois ou quatre pulsations, il y en a une qui semble manquer.

Le 30, elle se sent un peu plus forte, on porte la dose

de fleurs d'arnica à une demi-once; eau vineuse pour boisson; frictions sur le bras avec la teinture de cantharides.

Le 7 décembre les forces reviennent, mais très-lentement; on suspend l'arnica, et on donne à la malade, pendant trois jours, le vin de quinquina, qu'on remplaça plus tard par la décoction et l'extrait de quinquina, parce que la malade se plaignait de vertiges et que la face était animée. Elle se trouva bien du quinquina qu'elle prit encore pendant une dixaine de jours. Alors ses forces étaient revenues. Mais le bras était encore faible. On lui fit faire des frictions sur les parties supérieures du rachis avec l'extrait de noix vomique, incorporé dans la graisse. Le mouvement revint peu à peu dans le bras; et, le 28 décembre, jour de sa sortie, la malade ne conservait qu'un sentiment de pesanteur dans le membre.

L'absence de fièvre et la nature du délire nous ont fait considérer cette maladie comme une manie aiguë, et non comme une méningite ou une inflammation du cerveau. Cette manie a-t-elle été occasionée par un état de congestion du cerveau? La cessation de la menstruation, peu de temps avant le développement des accidens, parlerait peut-être en faveur de cette hypothèse. Cependant il arrive encore assez fréquemment qu'après la mort des individus qui ont présenté du délire et des symptômes de paralysie, on ne trouve aucune altération dans l'encéphale. L'absence de fièvre, la petitesse même du pouls nous ont empêché d'avoir recours à la saignée; nous avons préféré agir sur le canal intestinal; et l'on a vu avec quelle rapidité le délire a disparu. Cette guérison est-elle due à la gratiole? C'est une question que cette seule observation ne peut résoudre. Cependant il est probable qu'un médicament qui a joui d'une aussi grande réputation dans les

maladies mentales, a été souvent administré avec succès et qu'il est peut-être trop peu employé aujourd'hui. Chez notre malade, il n'a point produit son effet ordinaire sur le canal intestinal; aucune action drastique ne s'est fait apercevoir, et les fonctions digestives sont même revenues à leur état normal pendant l'usage de ce médicament.

MÉNINGITE A LA SUITE D'ÉRYSIPÈLE A LA FACE.

Charles Homann, doreur, âgé de vingt-sept ans; individu faible, maigre, affecté souvent de catarrhe. La maladie a commencé le 27 décembre par des douleurs à la région latérale gauche du thorax, un peu d'oppression de poitrine, et une toux avec expectoration facile, assez abondante. Le même jour, il eut une angine assez forte; déglutition difficile.

Le 2 janvier, un érysipèle se montra à la face; l'oppression de poitrine diminua, et l'angine disparut complètement. Le délire survint; la soif augmenta, et, depuis ce jour, la maladie fit des progrès. L'érysipèle parcourut toutes ses périodes, et il s'y joignit une méningite, avec délire furieux. Au commencement de la maladie, il y avait eu de la constipation; on administra au malade, en ville, un purgatif et un sudorifique; depuis lors, les selles furent liquides, mais toujours volontaires. Le ventre a toujours été insensible.

Le 5, pour la première fois, l'émission des urines a été involontaire.

Le 6, jour de son entrée à la clinique, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant: Grande prostration des forces; pouls petit, subfréquent. Le malade n'a pas de

soif; les phénomènes inflammatoires ont disparu. Langue sèche, fuligineuse. Le malade a beaucoup déliré la nuit, il s'est agité. A l'heure de la visite, il est tranquille, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; état comateux; décubitus dorsal depuis plusieurs jours; respiration obscure du côté gauche, normale du côté droit; du reste, respiration libre. La toux a disparu. Il n'existe aucune éruption miliaire ou pétéchiale. On prescrit un vésicatoire à la région sincipitale, huit grains d'émétique en lavage et une demi-once d'onguent mercuriel double en frictions sur les tempes; pour boisson, le *potus tartarisatus.*

Le 7, le délire a continué toute la nuit; depuis six heures du matin, le malade est tranquille, répond bien aux questions; point de vomissemens, mais diarrhée. Selles involontaires; pouls petit et lent; langue humide sur les bords, sèche dans le centre; céphalalgie intense. La même médication.

Le 8, langue molle; pouls naturel. Le malade n'a pas déliré la nuit; sommeil calme; ni vomissemens, ni selles; légère toux; un peu de céphalalgie. Même traitement que les jours précédens.

Le 9, deux selles; point de vomissemens; nuit tranquille; sommeil paisible. Six grains d'émétique.

Le 10, même état.

Le 11, *idem;* 4 gr. d'émétique; point de vomissemens.

Le 12, *idem;* boisson tartarisée avec 1 gr. de tartre stibié. Vomissemens produits par ce grain d'émétique, quoique le malade en eût bien supporté 4, 6 et 8 grains dans les vingt-quatre heures.

Convalescence, pendant laquelle il y eut quelquefois léger mouvement fébrile, et une toux sèche avec un peu de dyspnée; mais ces symptômes cédèrent facilement à l'em-

ploi du lichen d'Islande, du looch blanc et surtout du sel ammoniac. Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri dans les premiers jours du mois de février.

La rapidité de la guérison ne peut guère être attribuée qu'à la médication énergique que nous avons employée. Jusqu'à l'entrée du malade à la clinique, tous les symptômes étaient allés en augmentant; ils se sont arrêtés dès que le vésicatoire et les autres moyens ont pu commencer à agir. Le tartre stibié employé à la dose de huit grains par jour, a provoqué quelques selles le premier jour; mais n'a fait vomir le malade que lorsque celui-ci fut pour ainsi dire convalescent, et qu'on eut réduit la dose du médicament à un grain.

(*La suite prochainement.*)

Description de Niederbronn et de ses eaux minérales, à l'usage des médecins et des malades qui les fréquentent; par J. Kuhn, docteur-médecin. (1 vol. in-8°; 3 fr. Paris et Strasbourg, chez Levrault; 1835.)

Cet ouvrage de M. Kuhn se distingue bien honorablement de cette foule de monographies laudatives et apologétiques sur telle ou telle eau minérale. Malgré son caractère de médecin des eaux de Niederbronn, M. Kuhn a su se préserver du vertige si commun aux médecins des eaux minérales, de prôner jusqu'aux nues leur naïade favorite; il a su rester ami de la vérité, dût-elle même blesser certains préjugés favorables aux intérêts de Nie-

derbronn : ses éloges ne sont nullement ampoulés et excessifs, mais vrais et mérités.

Le style de M. Kuhn est pur, souvent même élégant et gracieux, également éloigné du ton populaire et de la diction médico-technique pure. M. Kuhn a voulu rester intelligible à ses malades, et instructif pour ses collègues.

Cette brochure est ornée d'un frontispice représentant le pavillon de la source, la promenade, le Wauxhall, etc. Cette jolie gravure est due au burin habile de M. Frommel, de Carlsrouhe. Il eût été encore fort agréable aux promeneurs et aux médecins-naturalistes de trouver dans l'ouvrage de M. Kuhn une carte topographico-géologique des environs de Niederbronn dans un rayon de quatre à cinq lieues; espérons que dans une seconde édition l'auteur réalisera le vœu que nous formons.

M. Kuhn dédie son ouvrage à l'excellente et respectable famille de Dietrich.

Après une courte préface, l'auteur entre en matière. Le premier chapitre contient l'esquisse topographique, historique et statistique de l'établissement minéral de Niederbronn. Dans un premier paragraphe, M. Kuhn nous entretient de la position, des environs, du climat de cet endroit. La source minérale est située à 192 mètres au-dessus du niveau de la mer. Industrie ferro-métallurgique, ruines, antiquités, agriculture, forêts, etc., sont passées en revue. Le climat est très-sain; l'endroit n'est sujet à aucune maladie endémique.

§. 2. *Constitution géologique et Flore des environs.* Les montagnes de cette localité sont entièrement formées de grès vosgien reposant sur du granit, qui vient à jour au Jægerthal. Le grès n'est recouvert d'aucune autre roche; mais au pied des Vosges, et comme adossées à celles-ci,

on trouve une série de collines de grès bigarré, sur lequel repose un calcaire coquillier (*Muschelkalk*) dont les assises inférieures sont une dolomie, tantôt grise, tantôt jaunâtre.

Vers Oberbronn, on trouve au-dessus du *Muschelkalk* un gisement de keuper, ayant les mêmes caractères que celui de Vic et de Dieuze.

M. Kuhn nous donne une liste alphabétique des plantes les plus rares des environs de Niederbronn. Celles trouvées par M. Schultz, près de Bitsch, sont les plus curieuses, par exemple : *Anemone vernalis, Daphne Cneorum, Malaxis paludosa*, etc.[1].

§. 3. *Historique de Niederbronn et de ses bains.* Ce qui nous a singulièrement intéressé dans ce paragraphe, c'est le rapport des principaux médecins de Strasbourg sur l'utilité des eaux de Niederbronn, en date du 14 mars 1592. Cette pièce est extraite du livre si curieux et si rare d'Elisæus Rœslin. M. Kuhn en a inséré le texte original, avec la traduction française en regard; elle a un mérite tout historique, en nous donnant la mesure des connaissances thérapeutiques sur les eaux minérales vers la fin du seizième siècle. Le grand nombre de médailles romaines que l'on a trouvées en 1592, en creusant la source, fait présumer que le grand peuple l'avait déjà connue.

Pendant le moyen âge cette source semble avoir été entièrement négligée, et ce n'est que de la fin du seizième siècle que date la restauration des eaux de Niederbronn, entreprise en 1592 par le comte Philippe de Hanau.

M. Kuhn passe ensuite aux différentes phases historiques de ces eaux minérales, depuis leur restauration jus-

[1] M. Kuhn, sur mon autorité, indique le *Tillœa muscosa*, au Jægerthal. J'ai appris depuis que j'avais été induit en erreur par de faux rapports, et que cette plante n'y vient pas. F. K.

qu'à nos jours, et il termine ce paragraphe par la bibliographie critique des ouvrages qui ont été publiés sur les eaux de Niederbronn.

§. 4. *État actuel de Niederbronn; ressources qu'on y trouve; organisation du service des bains.* On compte à Niederbronn 50 maisons qui prennent des baigneurs; le nombre des chambres dont elles peuvent disposer en faveur des étrangers s'élève de 350 à 400. Deux édifices communaux, le Wauxhall et la maison de promenade, existent pour l'agrément des baigneurs. M. Kuhn, en examinant la question des revenus que la commune peut affecter au service des bains, exprime le vœu de voir le gouvernement concourir avec le département à l'embellissement et aux améliorations dont Niederbronn est encore susceptible.

M. Kuhn croit que le gouvernement aurait dû accorder à Niederbronn le privilége des jeux, ce que le ministre de l'intérieur a jusqu'ici constamment refusé. Nous ignorons les motifs du refus du ministre, mais nous croyons qu'il a fort bien agi. Tous les auteurs allemands, entre autres Hufeland et Wetzler, s'opposent de la manière la plus formelle à l'établissement des jeux dans les bains. Wetzler prétend qu'une maison de jeux est aussi dangereuse dans les bains qu'une maison de prostitution dans un hôpital, et Hufeland dit: *Die Farobank ist der Inbegriff alles Verderblichen was sich bei einer Brunnenkur nur denken lässt.* » (Les jeux réunissent tout ce qu'il y a de plus pernicieux pendant la cure des eaux minérales). Ces auteurs s'accordent à dire qu'un gouvernement paternel devrait non-seulement refuser toute autorisation de ce genre, mais retirer la permission à ceux auxquels on l'aurait déjà inconsidérément accordée. Nous croyons que si

Niederbronn continue à prospérer, comme tout semble l'annoncer, cette commune parviendra, avec de l'économie bien entendue et le concours du département, à réaliser toutes les améliorations désirables. L'augmentation du nombre des baigneurs depuis deux ans, est tellement forte, qu'aucun autre bain ne peut, proportion gardée, en présenter de semblable; en 1832, il y avait 812 baigneurs; en 1833, 1125; en 1834, 1500, et en 1835, le chiffre s'est élevé jusqu'à 1700.

Les dépenses pour un baigneur de moyenne fortune peuvent s'élever, selon M. Kuhn, pendant une saison ordinaire de trois semaines, à 130 fr., non compris les frais de voyage; dépense quotidienne, 6 fr. Les bains se prennent, à Niederbronn, dans la chambre à coucher; il y a là un grand avantage, puisque l'on peut immédiatement rentrer du bain au lit. Le service de la table offre toutes les ressources et toutes les facilités désirables. Sous le rapport du service médical, Niederbronn présente une pharmacie bien montée, deux médecins, deux officiers de santé et quelques maisons où l'on ventouse. Les distractions sociales y sont faciles; l'étiquette y est décente, sans raideur et sans affectation; le luxe y serait déplacé, etc.

CHAPITRE II.

Des sources et des qualités physiques et chimiques de l'eau minérale.

§. 5. *Des sources.* Description des bassins qui les recèlent; du pavillon qui couvre l'une d'elles; de la pyramide creuse en pierre de taille, dans l'intérieur de laquelle l'eau remonte jusqu'au niveau du sol. La source principale fournit 221 litres d'eau par minute. Quant à l'origine

des sources, M. Kuhn croit qu'il est hors de doute (?) que ces eaux traversent un terrain salifère, dans lequel elles se chargent de leurs principes minéralisateurs. M. Kuhn fonde son opinion sur l'existence, aux environs de Niederbronn, d'un *keuper* tout-à-fait semblable à celui de Vic et de Dieuze. Cette opinion nous paraîtrait fort probable, si la source de Niederbronn était purement salino-culinaire comme celle de Dieuze; mais la coexistense d'autres sels neutres, de sulfates, de carbonates, la présence de différens gaz, nous fait présumer que l'origine de ces sources remonte à une cause plus mystérieuse que ne l'est la traversée d'une source d'eau douce sur un terrain salifère.

§. 6. *Qualités physiques de l'eau minérale.* Elle est très-limpide en sortant de la pyramide creuse; saveur saline, suivie d'un arrière-goût un peu fade (je dirai même nauséabond); odeur très-faible, semblable à celle de l'argile humectée; pesanteur spécifique: 1 degré au-dessous de 0, à l'aréomètre des sels de Baumé; température: + 14° R. Ces eaux exercent une action dissolvante sur le fer, ne dissolvent pas le savon, et communiquent au linge une teinte jaunâtre.

§. 7. *Composition chimique.* Après avoir cité les analyses anciennes sans aucune valeur scientifique, l'auteur passe à l'analyse qu'entreprirent, en 1753, MM. Spielmann et Leuchsenring; puis à celles de Gérard (1787) et de MM. Gerboin et Hecht, en 1809. M. Kuhn a cru avec raison que les eaux de Niederbronn méritaient une analyse digne des progrès modernes de la chimie. Il confia, en 1833, cette délicate opération à M. Robin, directeur de la forge de Niederbronn. D'après ce chimiste, un litre de cette eau contient :

Sels solubles.

Muriate de soude	59,4593 grains.
— de chaux	14,7766
— de magnésie	4,2210
Sulfate de magnésie (?) [1]	2,1369
	80,5941 grains.

Sels tenus en dissolution par l'acide carbonique.

Carbonate de protoxide de fer	0,1675 grains.
— de chaux	4,5561
— de magnésie	0,1167
Des traces de carbonate de manganèse	
Total des sels solubles	80,5941
Conséquemment	85,4344 grains

de principes fixes par litre d'eau.

L'eau qui s'écoule de la pyramide fournit par heure 1127 centimètres cubes de gaz libre, mais la quantité de gaz tenue en dissolution est beaucoup plus considérable; ainsi un litre d'eau en retient 28,30 centimètres cubes, 100 parties de ce gaz en dissolution sont composées de

Azote	62,41
Acide carbonique	37,59
	100,00

Ainsi un litre d'eau contient

Azote	17,66 centimètres cubes.
Acide carbonique	10,64
	28,30 centimètres cubes.

[1] MM. Gerboin et Hecht trouvèrent du sulfate de chaux en très-petite quantité, et nullement du sulfate de magnésie. Il est d'ailleurs très-difficile de concevoir la coexistence du muriate de chaux et du sulfate de magnésie.

§. 8. *A quelle série d'eaux minérales celle de Niederbronn appartient-elle?* M. Kuhn la range parmi les sources muriatico-salines ferrugineuses (*eisenhaltige Kochsalzquellen* de M. Osann); elle tient le milieu entre Canstatt et Kissingen. Abstraction faite de la température, Niederbronn a beaucoup d'analogie avec Wiesbaden, si bien qu'on l'a déjà nommé: *Kaltes Wiesbaden.* L'analogie avec Baden-Baden nous paraît très-problématique.

CHAPITRE III.

De la manière d'employer les eaux et des règles à observer durant leur usage.

§. 9. *De ce qu'il faut savoir et observer lorsqu'on entreprend une cure.*

§. 10. *De la manière dont il faut distribuer son temps et régler la cure.*

§. 11. *Hygiène du baigneur.*

§. 12. *Hygiène du buveur.*

§. 13. *De certaines autres règles hygiéniques.* Nous ne pouvons qu'applaudir aux sages conseils et aux préceptes salutaires que M. Kuhn indique dans ces cinq paragraphes.

CHAPITRE IV.

De l'action des eaux sur le corps de l'homme, et de leur emploi dans le traitement des maladies.

§. 14. *De la manière dont les eaux de Niederbronn influencent en général l'organisme.* Ce paragraphe est parfaitement bien écrit. M. Kuhn s'y fait connaître comme un médecin à la fois savant, sage et habile. Il commence par dire que les propriétés curatives d'une eau minérale

ne sauraient jamais être déduites des seules données de la chimie ; il faut de toute nécessité avoir recours à l'observation médicale et aux faits pratiques. C'est là ce qu'on oublie trop fréquemment de nos jours, et la chimie semble être la seule régulatrice de la conduite du médecin ; il y a des gens qui envisagent l'admirable organisme humain, comme un récipient ou comme un creuset. Nous convenons toutefois avec M. Kuhn que la chimie n'est pas sans utilité pour la thérapeutique ; elle sert à caractériser et à classer la source ; les résultats chimiques guident l'observateur (guide souvent trompeur), le rendent attentif à certains phénomènes qui peut-être lui auraient échappé (phrase un peu vague) ; seulement ils ne sauraient pas remplacer l'expérience médicale, qui doit être consultée avant tout dans l'application thérapeutique. C'est de l'ensemble, de la totalité, de la combinaison *une* et *indivisible* (thérapeutiquement parlant) des principes minéralisateurs que dépend l'action des eaux minérales sur l'organisme humain, et nous félicitons M. Kuhn d'avoir proclamé ce principe, qui d'ailleurs est depuis long-temps le nôtre.

« L'observation, dit M. Kuhn, est la source à laquelle nous avons puisé ; nous communiquerons les résultats qu'elle nous a fournis ; que ces résultats paraissent ensuite favorables ou contraires à la réputation des eaux, peu nous importe..... »

M. Kuhn examine d'abord l'effet dynamique des eaux. Elles exercent une douce stimulation sur la membrane muqueuse de l'estomac ; excitent légèrement la soif ; augmentent la sécrétion du suc gastrique ; elles relèvent le ton de l'estomac, et remédient à plusieurs vices de la digestion, déterminés par l'atonie de cet organe. Dans les intestins, elles augmentent la sécrétion des follicules muqueux, et

produisent un effet laxatif plus ou moins marqué. Tout en activant les sécrétions des premières voies, elles changent la qualité du mucus sécrété, elles lui enlèvent ce qu'il a de trop dense, de trop visqueux, pour le rendre plus fluide, plus mobile. Ici M. Kuhn semble partager l'opinion des médecins de 1592, lorsqu'ils disent: *Das Wasser löset ab den dicken, zähen Schleim, so in dem Haupt, Magen, Gedärm, Leber, Milz, Lenden, Nieren, Blasen und in der Mutter sich sammelt, und allerlei Beschwerden verursacht.* »

M. Kuhn observe encore que les eaux de Niederbronn ont l'avantage de ne point affecter (?) les organes de la digestion comme beaucoup de purgatifs ordinaires; elles ne provoquent jamais de coliques, et loin d'affaiblir, elles donnent du ton aux organes digestifs. L'influence minérale se transmet aux autres viscères abdominaux, ainsi qu'à tout le système lymphatique. Les sécrétions sont augmentées et activées; les liquides sécrétés plus ténus, plus abondans, plus limpides. Les reins surtout se ressentent de leurs effets excitans; la diurèse est même plus marquée que la purgation; l'effet *résolutif* est dû au surcroît d'activité imprimé aux vaisseaux lymphatiques. Cet effet *résolutif* se remarque également dans le système veineux. L'utérus se ressent aussi d'une douce stimulation par l'effet de ces eaux; la *résolution* s'y fait sentir d'une manière très-marquée. De là, guérison des fleurs blanches, de l'aménorrhée, de la stérilité, lorsque celle-ci ne dépend pas d'un vice organique irrémédiable.

Les eaux minérales de Niederbronn ont encore un effet *altérant* (mot si commode). Il arrive souvent que l'usage des eaux de Niederbronn donne lieu à une espèce de réaction dans la masse des humeurs; réaction accompagnée de

différens symptômes, tels qu'abattement, gonflement du ventre, oppression de poitrine, vertiges, etc. Ce mouvement se termine ordinairement par des évacuations alvines abondantes. Quant au système artériel et à l'appareil respiratoire, l'eau de Niederbronn les affecte d'une manière stimulante, particulière. Son usage est donc contre-indiqué dans le cas de pléthore et de congestion sanguine, dans les irritations pulmonaires. L'innervation, surtout celle du système nerveux ganglionnaire, est tonifiée et régularisée par ces eaux. « Elles n'agissent pas directement sur ce système, dit M. Kuhn; leur effet n'est qu'indirect et doit être comparé à celui des toniques. » Je ne saurais partager cette manière de voir de l'auteur; car alors il faudrait admettre que tous les beaux effets, altérans, stimulans, résolutifs, atténuans, etc., de ces eaux, ont lieu sans participation directe et primitive du système nerveux. J'avoue que mon dynamisme répugne à cette supposition.

M. Kuhn croit que l'on pourrait assez bien placer les eaux de Niederbronn, eu égard aux propriétés médicales, entre les sels neutres et les substances alcalines d'un côté, et la rhubarbe de l'autre. L'auteur termine encore par des considérations théoriques sur l'action de l'eau de Niederbronn employée sous forme de bains. Pour dire la vérité, nous avouons que ces *considérations* nous paraissent par trop *explicatives* et hypothétiques, quoique très-ingénieuses.

§. 15. *Désignation des cas de maladies dans lesquels l'usage de l'eau minérale peut convenir.* M. Kuhn admet cinq catégories de maladies chroniques dans lesquelles cette eau peut devenir utile et salutaire :

1° Dans les *dyscrasies* (la *syphilitique* exceptée);

2° Dans les maladies chroniques du bas-ventre : les *atonies*, les *engorgemens*, les *stases veineuses*, etc.;

3° Dans les maladies de l'appareil génito-urinaire : *leucorrhée*, *stérilité*, *catarrhe vésical*, etc.;

4° Dans un grand nombre de maladies cutanées et des membres;

5° Dans les *névropathies* par faiblesse ou par intempérie nerveuse (Lobstein), mais surtout dans celles qui sont en rapport de causalité avec une *dyscrasie*.

M. Kuhn passe ensuite en revue les maladies spéciales, susceptibles d'être guéries ou du moins amendées et palliées par l'usage de l'eau de Niederbronn.

I. DYSCRASIES (CACHEXIES).

Parmi les *dyscrasies* que Niederbronn peut guérir ou amender, M. Kuhn compte :

1° La *dyscrasie muqueuse ou pituitaire* (*polyblennie* de Schwediaur, *Verschleimung* des Allemands). L'auteur examine les caractères de cette dyscrasie, il les décrit avec talent et connaissance de cause. L'ouvrage de Himmer, *Ueber die Verschleimung*, lui a singulièrement aidé dans ce travail. M. Kuhn recommande vivement les eaux de Niederbronn aux personnes qui souffrent de polyblennie; il les regarde même dans ces cas comme un spécifique.

2° *Obésité, adipose, faux embonpoint;*

3° *Chlorose* (*pâles couleurs*);

4° *Dycrasie veineuse; erhöhte Venosität* des Allemands. La *vénosité* prédominante est une diathèse morbide, encore peu connue et peu étudiée en France, où l'on se débat encore d'une manière trop exclusive dans le cercle de l'irritation. En Allemagne, on s'est occupé dans ces

derniers temps d'une manière très-spéciale de cette diathèse; et c'est aux travaux de Puchelt, de Sundelin, que l'on en doit une connaissance plus intime. Nous recommandons ce paragraphe aux personnes qui désirent avoir des notions générales sur cette disposition veineuse.

5° *Maladies arthritiques.* M. Kuhn traite également avec beaucoup de talent la partie pathologique de la diathèse arthritique. Il recommande avec beaucoup d'instance les eaux de Niederbronn contre ces maladies; déjà vers la fin du seizième siècle, la puissante protection du comte Ph. de Hanau, délivré par elles d'une goutte opiniâtre, leur a fait acquérir une brillante réputation dans les douleurs arthritiques et rhumatismales. La reconnaissance du comte a valu à ces eaux leur restauration.

6° *Gravelle, lithiase, cachexie calculeuse.* L'eau de Niederbronn est contre-indiquée dans ces cas, lorsqu'on suppose un travail inflammatoire dans les reins ou dans la vessie.

7° *Acrimonie des humeurs.* Considérations par trop humorales!

8° *Affection scrophuleuse.* Recommandation des eaux de Niederbronn sous forme de bains; conseils hygiéniques fort sages.

9° *Rachitisme.*

II. MALADIES DU BAS-VENTRE.

Après des considérations générales, M. Kuhn spécifie les maladies de l'abdomen que Niederbronn peut guérir ou pallier.

1° *Dyspepsie* (digestion pénible, dépravée);

2° *Cardialgie habituelle* et *pyrosis ;*

3° *Acidité des premières voies ;*

4° *État pituitaire des premières voies ;*

5° *Helminthiase, diathèse vermineuse ;*

6° *Flatulence chronique, diathèse venteuse ;*

7° *Constipations habituelles ;*

8° *Hémorrhoïdes ;*

9° *Maladies chroniques du foie.* Paragraphe très-recommandable sous le rapport pathologico-thérapeutique ;

10° *Engorgement de la rate ;*

11° *Calculs biliaires ;*

12° *Ictère* ou *jaunisse.*

III. MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

1° *Leucorrhée* ou *fleurs blanches ;*

2° Désordres de la menstruation : *aménorrhée, dysménorrhée* et *xénoménie* (Flamant);

3° *Stérilité* et *avortemens habituels ;*

4° *Catarrhe vésical.*

IV. MALADIES DE LA PEAU ET DES EXTRÉMITÉS.

IV. Les formes de maladies cutanées que Niederbronn peut particulièrement amender, et souvent guérir, sont :

1° L'*eczéma chronique* (Biett);

2° L'*impetigo* (Willan);

3° Le *lichen agrius ;*

4° Le *pityriasis* (Willan);

5° Le *psoriasis*, ou dartre squameuse sèche ;

6° Le *prurigo ;*

7° Le *lichen simplex.*

M. Kuhn croit que les éruptions cutanées ne forment quelquefois qu'une maladie purement locale. Nous ne

sommes pas tout-à-fait de son avis; car, si l'étiologie ne nous a pas encore appris à connaître le lien qui unit une éruption cutanée à une maladie interne, cela ne veut pas dire que ce lien n'existe point. M. Kuhn rapporte encore quelques autres affections cutanées (les acnés, les éphélides, la disposition aux furoncles, etc.), susceptibles d'être guéries par les eaux de Niederbronn.

L'auteur croit devoir aussi parler de la miliaire. Après une courte description de la miliaire chronique, M. Kuhn recommande les bains de Niederbronn contre cette affection si commune dans la Basse-Alsace.

V. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (NÉVROSES).

Les névroses dans lesquelles les eaux de Niederbronn peuvent être employées avec le plus de succès, sont: 1° L'*hypochondrie;* 2° l'*hystérie;* 3° les *névroses gastro-intestinales;* 4° la *chorée;* 5° les *tremblemens nerveux;* 6° certaines *paralysies.*

Les considérations de l'auteur sur les névropathies sont très-intéressantes; M. Kuhn fait voir que le plus souvent elles doivent leur origine à un vice psorique, miliaire, arthritique, ou bien à l'hérédité, et qu'elles ne sont que très-rarement idiopathiques.

§. 16. *Contre-indications ou désignations des cas dans lesquels l'usage de l'eau minérale ne saurait convenir.* Je trouve que dans ce paragraphe il y a des choses qui s'entendent d'elles-mêmes; ainsi, lorsque M. Kuhn dit que l'utilité des eaux devient très-incertaine lorsqu'il s'est déjà formé une dégénérescence squirrheuse, cancéreuse, tuberculeuse, etc., personne ne s'avisera de dire le contraire. Je sais bien que très-souvent des médecins envoient aux bains des malades incurables, dans le seul but de s'en

débarrasser pendant quelques semaines. La conscience leur défend toutefois de les adresser à des sources minérales capables d'accélérer le travail désorganisateur, qui enlevera ces malades tôt ou tard; et c'est sans doute cette raison qui a fait dire à M. Kuhn que Niederbronn ne convenait pas dans ces sortes d'affections. Les eaux de Niederbronn sont contre-indiquées généralement dans les maladies du système vasculaire artériel, dans les anévrismes du cœur et de l'aorte, les pulmonies tuberculeuses, les hydropysies, suite de longues maladies; le scorbut ne permet pas non plus l'usage de ces eaux.

§. 17. *Des douches.* Il n'existe jusqu'ici à Niederbronn aucun établissement général de douches. Dans quelques maisons, il y a un appareil pour l'application de douches descendantes; le comité d'administration s'est déjà entretenu du projet d'organiser un établissement de douches qui puisse suffire à tous les besoins. Ce projet ne tardera pas à être mis en exécution.

M. Kuhn termine ce paragraphe par des considérations générales et spéciales sur la construction mécanique, l'usage et l'effet thérapeutique des douches.

CHAPITRE V.

Excursions aux environs de Niederbronn.

Nous ne nous occuperons pas de ce chapitre, et nous nous bornerons à en recommander la lecture aux personnes qui visitent Niederbronn. Cette partie du livre du M. Kuhn serait plus intéressante encore, si, selon le vœu que nous avons déjà exprimé, l'auteur avait ajouté à son ouvrage une carte géographique des environs de Niederbronn.

Ici se termine notre analyse de l'œuvre de conscience et de talent de M. Kuhn; nous en recommandons vivement l'acquisition et la lecture à tous les médecins de la France orientale, de la Bavière et de la Prusse rhénanes, ainsi qu'à tous les malades qui ont l'intention de fréquenter Niederbronn.

F. KIRSCHLEGER.

Chemisch-medizinische Untersuchungen über den menschlichen Urin. — Recherches chimico-médicales sur l'urine humaine; par G. DUVERNOY, médecin à Stuttgart. (Stuttgart, 1835; in-8° de 59 pag.)

Quoique les études chimiques aient pris, depuis quelques années surtout, une grande extension, et que l'on sente tous les jours de plus en plus leur importance en médecine, il est cependant à regretter que cette science ne soit pas plus populaire parmi les médecins.

On est revenu de ce préjugé, si long-temps partagé par les meilleurs esprits, que la chimie ne peut donner que des idées fausses sur la nature des maladies. Sans doute, on aurait tort de vouloir expliquer exclusivement par la chimie tous les phénomènes physiologiques ou pathologiques; mais on est forcé de convenir qu'en nous faisant connaître les altérations qu'ont éprouvées nos humeurs sous l'influence de l'état morbide, elle doit seconder puissamment l'anatomie pathologique et contribuer à nous éclairer sur l'essence des maladies, que nous connaissons en général si peu.

Les recherches de cette nature sont difficiles, et ce n'est

qu'avec une grande réserve qu'il faut en déduire des conséquences; c'est une raison de plus pour multiplier ces sortes de travaux.

M. Duvernoy, praticien et chimiste distingué de Stuttgart, pénétré de l'importance de la *chimie*, qu'il appelle avec raison *pathologique*, a étudié avec soin les altérations qu'éprouve l'urine de l'homme. C'est le résultat de ses recherches que nous allons faire connaître.

M. Duvernoy traite successivement de l'urine à l'état sain, de l'urine à l'état morbide, et de la formation des calculs urinaires.

Nous le suivrons dans son travail, en nous attachant à en reproduire les points les plus intéressans.

Dans l'examen de l'urine à l'état physiologique, l'auteur dirige surtout ses recherches sur la matière colorante et sur le mode de production de l'acide urique.

Malgré les travaux de Proust, de Prout, de Wetzlar, de Berzélius, on n'est pas encore parvenu à séparer entièrement la matière colorante des autres principes constituans de l'urine; elle reste toujours unie à une certaine quantité, très-petite à la vérité, d'urée. Cette circonstance est cause qu'on attribuait autrefois à l'urée et à l'acide urique des propriétés qu'ils n'avaient pas. Ainsi on croyait que l'urée augmentait l'intensité de la couleur de l'urine; on disait qu'elle avait une grande tendance à une décomposition rapide; tandis que Wöhler a fait bouillir une dissolution concentrée d'urée pure et l'a conservée sans qu'elle subît d'altération. L'auteur croit donc que la décomposition rapide de l'urine est due à la présence de la matière colorante qui agit à la manière d'un ferment.

La matière colorante a aussi beaucoup d'affinité pour l'acide urique, au point que celui-ci en entraîne toujours

avec lui une certaine quantité; la présence du principe colorant lui donne une teinte jaunâtre, brunâtre ou rougeâtre, et change son mode de cristallisation.

Les changemens que la matière colorante éprouve dans les maladies, se reconnaissent à la variété des couleurs et aux modifications de l'odeur de l'urine; et c'est sans doute à une altération particulière de ce principe qu'il faut attribuer les urines bleues ou noires que l'on a quelquefois observées.

L'auteur passe ensuite au mode de production de l'acide urique, recherche importante, puisque c'est cet acide qui donne le plus souvent naissance aux calculs urinaires. Pour mieux apprécier ce mode de production, il est nécessaire d'examiner comment l'acide urique est tenu en dissolution dans l'urine. L'auteur analyse et discute les recherches qui ont été faites à ce sujet. Il démontre que cet effet ne peut être produit ni par la chaleur, ni par quelque alkali, ni par l'urée; mais qu'il est dû probablement à la présence de la matière colorante. L'extrême affinité de ces deux substances, et cette circonstance que l'acide urique pur est bien moins soluble dans l'eau que lorsqu'il contient une certaine quantité de matière colorante, viennent à l'appui de cette dernière opinion que confirment encore les expériences de l'auteur.

La cause qui détermine la précipitation de l'acide urique tient à la facilité avec laquelle la matière colorante se décompose. La quantité proportionnelle de ces deux substances dans l'urine influe sur la nature du précipité; ainsi, quand l'acide urique est en petite quantité, relativement à la matière colorante, il se sépare lentement et sous la forme de cristaux, tandis que dans le cas contraire il précipite promptement sous forme pulvérulente.

Après ces recherches intéressantes dont nous ne pouvons donner que les résultats, M. Duvernoy examine les changemens que l'urine éprouve dans les fièvres, et particulièrement les changemens de couleur et les sédimens divers qu'elle dépose.

On sait que les acides unis à l'urine lui donnent, au bout d'un certain temps, une couleur rouge, qui ressemble beaucoup à celle de l'urine des fiévreux. La matière colorante paraît donc subir une modification analogue; ce que l'on peut déjà présumer si l'on observe que l'accélération de la circulation et de la respiration, ainsi que l'augmentation de la chaleur animale, indiquent un plus haut degré d'oxidation du sang, d'où résulte une urine plus acide. A la vérité, Berzélius prétend que, dans les fièvres, la quantité d'acide libre de l'urine diminue en raison de l'intensité de sa couleur; mais M. Duvernoy combat cette assertion, qui est entièrement opposée aux faits qu'il a observés, faits basés sur l'examen de l'urine de plusieurs centaines de malades. Il a toujours trouvé plus d'acide libre que dans l'urine saine. De plus, il a souvent rencontré d'autres acides qui n'existent pas dans l'urine saine, ou du moins qui n'y sont pas à l'état libre, tels que l'acide nitrique découvert par Prout et Wurzer, et l'acide phosphorique que Vauquelin et Henri avaient déjà rencontré. M. Duvernoy conclut de ces faits que l'augmentation d'intensité de la couleur de l'urine est due à une plus grande oxidation de la matière colorante, ou du moins est en rapport avec une plus forte acidification de l'urine.

Quant à l'acide urique, il est presque toujours en plus grande proportion; assez souvent, sa quantité surpasse de six à douze fois celle que l'on trouve dans l'urine saine, soit que l'on examine l'urine avant ou pendant la crise.

C'est cet acide qui précipite par le refroidissement et forme en grande partie ce que l'on appelle le sédiment critique. Il est mélangé de matière colorante, de mucus vésical, et souvent aussi de phosphates terreux.

On ne sait pas encore positivement à quoi attribuer la couleur particulière des sédimens. L'auteur se range de l'avis de la plupart des chimistes modernes, qui les regardent comme une combinaison de l'acide urique, avec une matière colorante extractive rouge, que Proust a nommée acide rosacique. M. Duvernoy pense que ce dernier produit n'est autre chose que la matière colorante ordinaire de l'urine plus fortement oxidée par suite du travail fébrile. Ainsi, d'après ses expériences, il n'y a pas de différence essentielle entre l'urine crue, sans sédiment, et l'urine critique; seulement la seconde contient plus d'acide urique.

L'auteur est amené par là à se demander quels rapports les changemens que l'urine éprouve dans les fièvres ont avec le travail fébrile, et à expliquer en particulier la plus grande acidification de l'urine et l'augmentation de l'acide urique.

Pour résoudre cette question, M. Duvernoy entre dans quelques considérations sur l'état fébrile en général. Si l'on regarde la fièvre comme une réaction de l'organisme, réaction produite par un effort de la nature qui tend à rétablir l'équilibre dans l'économie, c'est-à-dire à rendre à la matière organique sa composition normale, il faut, pour obtenir ce résultat, que les principes délétères soient expulsés du corps. L'altération du sang dans les fièvres nerveuses et putrides, la couenne pleurétique dans les fièvres inflammatoires et rhumatismales, les changemens qu'éprouvent les sécrétions de la peau, des reins, du foie, prouvent bien que dans les maladies fébriles la composition de la matière

organique n'est plus normale; et l'existence des crises démontre que le but principal de la fièvre est l'expulsion des principes nuisibles. La peau et les reins sont les principaux organes excréteurs, ceux par lesquels se font le plus souvent les crises. Or, si on l'examine à l'état sain, on observe que l'urine renferme des acides qui ne se trouvent pas dans le sang (l'acide sulfurique et l'acide urique); le travail de sécrétion qui s'opère dans les reins peut donc être comparé à une oxidation, à une combustion. La même observation s'applique à la peau, puisque, outre l'acide carbonique libre et l'acide lactique qui se trouvent dans la matière de la perspiration, celle-ci contient la plupart des sels de l'urine. Si donc, à l'état sain, les matières qui doivent être séparées du sang ont besoin d'acquérir un plus haut degré d'oxidation pour pouvoir être expulsées par la peau et par les reins, la même condition devra exister pour les matières qui doivent être expulsées du corps par le travail fébrile; seulement ici l'oxidation devra être encore plus grande parce que les matières à expulser sont en plus grande quantité. Ce plus haut degré d'oxidation se fait reconnaître par les symptômes de la fièvre et par ses produits, puisque, d'un côté, la chaleur animale est augmentée, et que de l'autre, on a trouvé que l'urine des fiévreux se distinguait par une plus grande oxidation de la matière colorante, par une réaction plus acide, puisqu'elle contient souvent, outre l'acide lactique libre, de l'acide phosphorique également libre, quelquefois même de l'acide nitrique, et que la proportion de l'acide urique est considérablement augmentée.

On n'a pas encore examiné les changemens qu'ont éprouvés les produits de la sécrétion cutanée; mais, comme le fait remarquer M. Duvernoy, l'odeur acide de la sueur dans

beaucoup de fièvres annonce que les matières qui doivent être excrétées par la peau ont subi un plus haut degré d'oxidation. Si donc l'on peut, d'après ce qui précède, regarder la fièvre, en partie du moins, comme un plus grand travail d'oxidation du sang, il faut à cet effet que le corps reçoive plus d'oxigène; et c'est ce qui arrive d'après l'accélération de la respiration et de la circulation, et d'après le développement de la chaleur animale. L'auteur fait encore observer à l'appui de son opinion que ce sont précisément les fièvres qui viennent en hiver et qui sont accompagnées d'une plus grande activité des poumons, comme les fièvres rhumatismales, inflammatoires, catarrhales, chez lesquelles les crises se font par la sueur et les urines; tandis qu'en été, où l'action augmentée du foie remplace l'énergie de l'appareil respiratoire, la crise des fièvres gastriques ou bilieuses se fait en partie par une plus grande sécrétion de la bile. Observons encore qu'une grande partie des antiphlogistiques, comme les acides, le nitre, etc., sont plus riches en oxigène, afin de seconder la nature, en diminuant ou en faisant cesser la fièvre; tandis que les substances dans lesquelles prédomine l'hydrogène, comme l'alcool, les huiles éthérées, l'ammoniaque, etc., opèrent un effet contraire. Cette théorie explique très-bien pourquoi il est dangereux d'activer les sécrétions dès le début des fièvres, les principes qui doivent être éliminés du corps, ayant besoin de subir préalablement un changement qui ne s'opère que peu à peu; elle rend compte aussi des avantages que l'on retire d'un air frais et pur.

L'auteur examine en terminant si, dans le cas où la crise d'une fièvre se fait par les urines, celles-ci doivent nécessairement avoir un sédiment, ou, en d'autres termes, s'il n'y a que l'urine sédimenteuse qui soit critique.

Il observe d'abord que souvent la fièvre a une issue funeste, quoique l'urine dépose un sédiment; c'est ce qui a lieu lorsque celui-ci se sépare dès les premiers jours, sans doute alors parce que la quantité des matières à expulser est trop considérable. D'un autre côté, comme il n'y a pas de différence essentielle entre l'urine crue et l'urine sédimenteuse, la crise peut se faire sans sédiment, c'est-à-dire sans que l'urine ait acquis le degré de saturation nécessaire pour que l'acide urique se précipite.

J'ai cru devoir exposer en détail cette théorie de M. Duvernoy sur la nature des affections fébriles en général; sans doute elle n'explique pas tout, mais elle jette cependant quelque lumière sur la pathogénie de ces maladies, et elle fait voir le parti qu'un médecin éclairé peut tirer de la chimie pathologique.

Il nous reste à analyser la partie de ce mémoire qui traite de la formation des calculs urinaires. Si l'on admet avec M. Magendie, que les deux tiers au moins des calculs urinaires sont composés d'acide urique, il est important de rechercher les causes qui augmentent la quantité de cet acide.

On a fait jouer un trop grand rôle à la diète animale, tandis qu'on n'a pas assez insisté sur l'action de la peau, quoique l'on connaisse les rapports étroits qui existent entre les fonctions de l'organe cutané et celles des reins. On n'a qu'à se rappeler l'influence d'une vie sédentaire, ou d'un climat froid et humide, sur la production des calculs, et les bons effets que l'on retire des bains, de l'exercice, de l'usage interne d'une eau sulphureuse dans le traitement de la gravelle. La présence dans l'urine d'un acide plus fort que l'acide lactique, ou d'une plus grande quantité d'acide libre qu'elle n'en contient ordinairement, peut

aussi déterminer la formation des calculs, d'où l'influence nuisible des alimens et des boissons acides, et l'efficacité des carbonates alcalins.

Mais ces différentes causes n'expliquent pas la formation de tous les calculs, et entre autres de ceux qui sont composés d'urate d'ammoniaque, ou d'un mélange d'acide urique et de phosphates terreux.

D'ailleurs il faut observer que le régime animal, les boissons acides, une vie sédentaire, le climat, etc., ne sont que des causes prédisposantes; tandis qu'il faut chercher la cause prochaine dans la constitution même des individus, et surtout dans une diminution de la force assimilatrice. Cette dernière cause doit influer sur la composition du sang, et par suite sur les sécrétions; or, on a vu plus haut que l'acide urique est tenu en dissolution dans l'urine, à l'aide d'une matière animale, susceptible de s'altérer avec la plus grande facilité, et il est assez probable que cette matière colorante acquiert d'autres propriétés par suite des changemens que le sang a éprouvés dans sa composition.

L'auteur résume ainsi les causes de la formation des calculs:

1° L'usage immodéré d'alimens tirés du règne animal, le défaut d'activité de la peau par suite d'une vie trop sédentaire, l'influence du climat ou d'autres circonstances, augmentent la quantité d'acide urique, au point que la matière colorante n'est plus secrétée en quantité suffisante pour tenir celui-ci en dissolution.

2° Le cas le plus fréquent paraît être celui où l'urine acquiert une plus grande acidification, soit par l'usage d'alimens et de boissons acides, soit par le développement spontané d'acides dans les premières voies; alors la ma-

tière colorante éprouve le même changement que celui qu'on lui fait subir hors du corps quand on ajoute un acide à l'urine, changement qui a pour résultat la précipitation de l'acide urique.

3° Il paraît que la matière colorante est susceptible de se décomposer, même à l'intérieur du corps; alors à l'aide de l'urée, dont elle provoque aussi la décomposition, il se développe de l'ammoniaque, et il se forme de l'urate d'ammoniaque ou des phosphates terreux. D'après la quantité prédominante de l'une ou de l'autre de ces parties dans l'urine, il en résulte des calculs, tantôt d'urate d'ammoniaque, tantôt de phosphate de chaux ou de magnésie, ou bien des concrétions composées de ces différentes substances.

Dans le traitement des affections calculeuses, M. Duvernoy fait remarquer l'inefficacité des acides ou des alkalis comme moyens curatifs; on ne peut obtenir de cure radicale qu'en fortifiant toute la constitution et surtout les fonctions digestives. Du reste, quand le calcul est formé, tout médicament interne est inutile; mais on peut retirer de grands avantages de l'injection dans la vessie de substances propres à dissoudre le calcul, moyen déjà fortement recommandé par Fourcroy, et que Berzélius regrette de ne pas voir employer plus souvent.

L'auteur s'appuyant sur ces deux noms illustres, désire vivement que l'on tente de nouveaux essais; on connait déjà des dissolvans pour un certain nombre de calculs; pourquoi ne pourrait-on pas en trouver d'autres, ou bien pourquoi n'emploierait-on pas les dissolvans connus dans les cas où ils sont indiqués? On sait que le phosphate de chaux se dissout dans des acides très-étendus; le phosphate ammoniaco-magnésien est encore plus soluble. Fourcroy a

trouvé que des calculs composés d'acide urique se dissolvaient dans une solution de potasse ou de soude caustique, tellement faible qu'on pouvait la garder dans la bouche ou même l'avaler; l'auteur a répété cette expérience et a obtenu le même résultat. Suivant Berzélius, la meilleure injection consiste dans une solution d'une partie de sous-carbonate de potasse sur 90 à 100 parties d'eau mucilagineuse; elle agit sur toute espèce de calcul. Cependant M. Duvernoy affirme, d'après plusieurs expériences, qu'une solution un peu concentrée de borate de soude est encore préférable.

On objecte contre l'usage des injections la difficulté qu'il y a souvent de reconnaître la nature du calcul. Mais si l'on analyse l'urine du malade, si l'on fait attention à ses habitudes, à sa manière de vivre, à la fréquence de telle ou telle espèce de calcul dans certaines contrées, à la nature du gravier qui peut avoir été rendu avec les urines, etc., on pourra peut-être parvenir à connaître la composition du calcul.

Quant à la lenteur de ce procédé, on ne peut réellement l'objecter comme un motif suffisant pour rejeter les injections.

Nous avons cru faire plaisir à nos confrères en leur donnant avec quelque détail l'analyse de cet intéressant opuscule, et en les entretenant d'un sujet de recherches dont on s'occupe généralement trop peu.

A. L.



VARIÉTÉS.

Arrêté relatif au service de santé dans le département du Bas-Rhin, du 30 juillet 1835.

Nous conseiller d'État, préfet du département du Bas-Rhin,

Considérant les résultats avantageux produits dans ce département par l'institution d'un conseil de salubrité et celle des médecins cantonaux, institutions ayant pour objet la propagation de la vaccine, la conservation de la santé publique, et surtout le soulagement de la classe indigente des villes et de la campagne;

Voulant, afin de coordonner respectivement ces deux institutions créées par nos prédécesseurs dans un même but, mais séparément et à des époques différentes, leur donner une organisation commune et définitive par un seul et même réglement, en y apportant les modifications dont le temps et l'expérience ont démontré la nécessité;

Vu les arrêtés des 31 octobre 1810, 20 octobre et 3 décembre 1829, insérés au *Recueil des actes de la préfecture;*

Après nous être entendu avec le conseil de salubrité existant actuellement à Strasbourg;

Avons arrêté ce qui suit:

TITRE Ier.

Conseil de salubrité : sa composition, ses attributions et ses fonctions.

ARTICLE Ier.

Le conseil de salubrité est institué :

1° Pour donner son avis sur les questions qui lui seront posées par le préfet, en ce qui concerne l'hygiène publique du département, les épidémies, les épizooties; l'observation des lois et arrêtés sur la police médicale, en date des 19 ventôse, 21 germinal, 25 thermidor de l'an XI, et 10 août 1810;

2° Pour veiller au maintien et à la propagation de la vaccine, et aviser aux moyens les plus propres à rendre meilleure et plus sûre la pratique de la vaccination;

3° Pour déléguer, sur la demande du préfet, un ou plusieurs de ses membres, à l'effet de se transporter sur les lieux infectés de maladies épidémiques ou contagieuses; d'aider les médecins cantonaux de leurs conseils, et de vérifier les faits, afin d'en rendre compte au préfet et au conseil;

4° Pour rédiger des instructions dans le cas d'accidens provenant soit de l'intempérie des saisons, soit d'autres causes qui peuvent vicier l'air, altérer les substances nutritives et engendrer des maladies parmi les hommes et les bestiaux;

5° Pour correspondre avec les médecins cantonaux et les artistes vétérinaires commissionnés par l'administration et les seconder dans leurs travaux;

6° Pour recueillir et coordonner les matériaux d'une statistique médicale du département.

Art. 2. Le conseil de salubrité est composé de docteurs en médecine ou en chirurgie, de professeurs de pharmacie ou pharmaciens, et d'un ou de deux artistes vétérinaires.

Art. 3. Le conseil sera présidé par le préfet, et, en son absence, par un vice-président.

Un secrétaire sera chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, les lettres et les instructions; en un mot, de faire toutes les écritures relatives aux travaux du conseil.

Le vice-président et le secrétaire seront pris dans le conseil et élus par lui.

Art. 4. Le conseil s'assemblera au moins une fois chaque mois, au jour indiqué par le préfet, qui peut le convoquer d'ailleurs toutes les fois qu'il jugera nécessaire de le consulter.

Les réunions se tiendront à l'hôtel de la préfecture. Dans chaque séance, le secrétaire donnera lecture de toutes les pièces adressées au conseil depuis sa dernière réunion.

Art. 5. Les procès-verbaux des séances du conseil et toutes les pièces relatives à ses travaux resteront déposés au secrétariat général de la préfecture.

TITRE II.

Des médecins cantonaux et de leurs fonctions.

CHAPITRE I[er].

Dispositions générales.

Art. 6. L'institution des médecins cantonaux est maintenue; il est nommé un médecin par circonscription de justice de paix.

Art. 7. Les médecins cantonaux sont chargés:

1° Du traitement des malades indigens;

2° De la vaccination dans tout le canton;

3° De l'hygiène publique;

4° De la police médicale;

5° De fournir tous les documens relatifs à l'exercice de leurs fonctions.

Art. 8. MM. les maires sont invités à fournir aux médecins de leurs cantons respectifs tous les renseignemens qu'ils leur demanderont dans l'intérêt du service sanitaire.

CHAPITRE II.

Traitement des malades indigens.

Art. 9. Les médecins cantonaux traitent gratuitement les malades indigens qui réclament leurs secours, ou qui leur sont désignés soit par les maires, soit par les bureaux de charité.

Art. 10. A cet effet, ils font chaque mois au moins une tournée dans toutes les communes du canton; ils ont soin de prévenir les maires du jour de leur arrivée.

Lorsque, dans l'intervalle de ces tournées obligatoires, le médecin cantonal est appelé dans une commune, il doit s'informer auprès du maire, du curé ou du pasteur s'il existe des malades indigens dont l'état réclame ses soins.

Art. 11. Les médecins cantonaux sont tenus de donner, au moins une fois par semaine, des consultations publiques gratuites, dont ils fixeront les jours et les heures.

Ces jours et ces heures seront annoncées dans les communes du canton.

Art. 12. Ils visiteront fréquemment les élèves de l'hospice départemental des enfans trouvés et abandonnés, placés en pension dans les communes rurales. Dans ces

visites ils se conformeront à l'arrêté du 6 août 1821, inséré au *Recueil des actes de la préfecture.*

Art. 13. Dans les localités où il n'existe ni hospice pour recueillir les malades indigens, ni établissemens de bienfaisance destinés à la délivrance gratuite de médicamens et d'alimens, les médecins cantonaux s'entendront avec les maires et les bureaux de charité pour subvenir aux besoins les plus pressans.

Art. 14. En cas d'insuffisance des ressources de la commune ou des bureaux de charité, il en sera référé au préfet qui, sur l'exposé du maire et du médecin cantonal, pourra autoriser des distributions de médicamens et d'alimens, dont la valeur sera remboursée sur les fonds départementaux.

CHAPITRE III.

De la vaccination.

Art. 15. La vaccination étant l'un des principaux objets dont les médecins cantonaux aient à s'occuper dans l'intérêt de la société, ils doivent pratiquer avec la plus vive sollicitude cette opération si éminemment importante. Ici l'administration supérieure fait un appel à leur dévoûment et à leur humanité.

Art. 16. La vaccination est gratuite de la part des médecins cantonaux.

Art. 17. Tous les trois mois, ils visitent chaque commune du canton pour y vacciner les enfans nés pendant le trimestre précédent, d'après une liste qui leur en sera donnée par le maire. Cette liste comprendra aussi les enfans qui n'auraient pas été vaccinés, quelle qu'en soit la cause, afin que ceux-ci subissent cette opération, si cela peut se faire sans danger.

Art. 18. La vaccination se fera à la maison commune ou dans un local convenu entre le maire et le médecin cantonal. Le jour et l'heure seront fixés par ces deux fonctionnaires et annoncés publiquement d'avance par le maire dans toute la commune.

Art. 19. Le septième ou le huitième jour qui suivra la vaccination, le médecin cantonal fera une seconde tournée pour s'assurer du succès de l'opération.

Art. 20. Le médecin cantonal délivrera aux parens des enfans vaccinés un certificat indiquant le jour et le succès de la vaccination.

Art. 21. Dans les premiers jours de chaque mois, il transmettra, au préfet pour l'arrondissement chef-lieu, et au sous-préfet pour les autres arrondissemens, l'état des enfans vaccinés pendant le mois précédent.

Il transmettra en outre, par la même voie, dans les premiers jours de chaque trimestre, un relevé numérique, par commune, des vaccinations qu'il aura opérées et des cas de petite-vérole qui se seront présentés pendant le trimestre précédent.

Art. 22. MM. les maires fourniront, à la fin de chaque trimestre, l'état des vaccinations opérées dans leurs communes par des médecins autres que ceux du canton, par des officiers de santé ou par des sages-femmes.

Art. 23. Aussitôt que le médecin cantonal aura été averti par un maire que la petite-vérole s'est manifestée dans sa commune, il s'y rendra le plus promptement possible, afin d'arrêter, par la vaccination, les progrès de la contagion.

Art. 24. Les maires et les médecins cantonaux s'efforceront de démôntrer aux parens qui négligeraient ou refuseraient de faire vacciner leurs enfans, le danger ou du moins

les graves inconvéniens qui en résulteraient pour ceux-ci et pour eux-mêmes.

En effet, ils n'ont pas seulement à craindre les suites funestes de la variole; ils doivent encore savoir que, sans certificat de vaccination, les enfans ne peuvent être admis dans aucun établissement d'instruction publique.

Quant aux parens, leur refus ou leur négligence les exposerait à se voir refuser les secours dont peuvent disposer les établissemens de bienfaisance dépendant de l'administration.

CHAPITRE IV.

De l'hygiène publique.

Art. 25. Les médecins de canton sont chargés de veiller à tout ce qui intéresse la salubrité publique.

Art. 26. Ainsi les immondices déposées soit dans les cours des habitations, soit dans les rues, soit dans le voisinage des villes et des villages; les vidanges, dans les villes surtout; les mares, les eaux stagnantes après les inondations; les routoirs; certains établissemens industriels, tels que les amidonneries, corroieries, boyauderies, fabriques de colle-forte, de chandelles, de produits chimiques, etc., doivent fixer leur attention particulière.

Art. 27. Ils s'efforceront pareillement de remédier à l'insalubrité résultant d'une agglomération nombreuse et journalière de personnes dans un espace limité, comme dans les écoles, salles d'asyle, prisons, manufactures et autres établissemens destinés à la réunion constante d'un nombre relativement considérable d'individus. Ils présenteront à ce sujet, dans leurs rapports périodiques, les observations que pourra leur suggérer l'état des choses.

Art. 28. Les décès et les sépultures pouvant donner lieu

à des accidens très-graves, seront l'objet d'une surveillance active. Les médecins cantonaux, chargés de l'exercer, tiendront la main à l'exécution du décret impérial du 23 prairial an XII, relatif aux inhumations.

Les médecins cantonaux doivent, autant que possible, surtout dans les villes, se transporter auprès des personnes décédées pour constater la mort. Connaissant le danger des inhumations prématurées, ils apprécieront sans doute l'utilité de ces visites.

Art. 29. Pendant leurs tournées dans les communes rurales, ils recueilleront, sur les décès, des renseignemens relatifs au sexe, à l'âge et à la profession des individus décédés, à la nature de la maladie et à l'heure, tant du décès que de l'inhumation. Ces renseignemens leur seront fournis par les maires ou les parens des décédés, et serviront de documens pour la statistique médicale de leur canton.

Art. 30. Au premier indice de mortalité dans une commune, ou lorsque le nombre des malades y excédera la proportion ordinaire, le médecin cantonal, averti par le maire ou par la rumeur publique, se transportera sur les lieux dans les vingt-quatre heures.

Art. 31. Le médecin cantonal recherchera les causes, et étudiera avec soin la nature et la marche de la maladie.

Art. 32. En cas de maladie épidémique ou contagieuse, le médecin cantonal donnera les premiers soins aux malades, et avertira immédiatement l'autorité supérieure, afin que celle-ci puisse statuer sur les mesures à prendre de concert avec le conseil de salubrité.

Art. 33. Lorsque les circonstances seront telles qu'un médecin soit insuffisant pour le traitement de tous les malades, le médecin du canton où règne la maladie pourra

demander l'assistance d'un ou de plusieurs de ses confrères. Il adressera sa demande au préfet, qui s'entendra avec le conseil de salubrité pour déterminer le nombre des médecins auxiliaires.

Art. 34. Le médecin de canton tiendra un journal dans lequel sera exactement indiqué, soit le degré d'intensité qu'aura pris la maladie pendant les vingt-quatre heures précédentes, soit les symptômes de décroissance qu'elle aura présentés pendant la même période. Il fera tous les jours, au préfet, un rapport qui indiquera le nombre des individus malades, morts et convalescens.

Art. 35. En cas d'épizootie, les dispositions des quatre articles précédens seront exécutés en ce qui peut être applicable aux maladies des animaux. Le médecin de canton aura soin de prévenir aussitôt l'autorité, qui enverra sur les lieux un artiste vétérinaire, tant pour reconnaître la nature de la maladie, que pour en déterminer et en suivre le traitement conjointement avec le médecin cantonal.

Art. 36. Au besoin, les articles 13 et 14 du présent arrêté, concernant les secours en alimens et médicamens à fournir aux malades indigens, seront applicables au cas de maladies épidémiques ou contagieuses d'animaux appartenant à des personnes nécessiteuses.

CHAPITRE V.

De la police médicale.

Art. 37. Les médecins cantonaux veilleront à la stricte exécution de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine et de la chirurgie et à la pratique des accouchemens, de celle du 21 germinal même année, sur les pharmaciens, droguistes et herboristes, et du décret

impérial du 18 août 1810, sur la vente des remèdes secrets.

Art. 38. Ils s'assureront spécialement que les personnes qui exercent les professions de médecin, chirurgien ou pharmacien, ou qui vendent accessoirement des drogues, en ont réellement le droit, et sont pourvues des titres voulus par les lois, décrets ou ordonnances. A cet effet, il sera dressé tous les ans, par les soins de l'autorité et du conseil de salubrité, une liste générale des docteurs, médecins et chirurgiens, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, droguistes exerçant dans le département. La liste des docteurs et officiers de santé sera déposée dans les pharmacies.

Art. 39. Ils veilleront à ce que les officiers de santé restent dans les limites de leurs attributions, telles que la loi les a fixées; à ce que les sages-femmes s'abstiennent de prescrire des remèdes et de traiter des malades. Ils signaleront à l'autorité les pharmaciens qui dispenseraient des remèdes en contravention à l'article 32, titre IV, de la loi du 21 germinal an XI, et les personnes qui vendraient des remèdes secrets.

CHAPITRE VI.

De la statistique médicale.

Art. 40. L'administration, dont les efforts tendent sans cesse à la conservation de la santé publique, recommande aux médecins cantonaux de lui indiquer à cet égard toutes les améliorations dont le régime sanitaire est susceptible.

Art. 41. A cet effet, les médecins cantonaux signaleront, dans des rapports annuels, les maladies endémiques, en ajoutant, s'il y a lieu, des réflexions sur les causes probables de ces maladies. La même recommandation est

applicable au cas de maladies épidémiques, dont lesdits médecins observeront la fréquence ou la périodicité d'irruption, en remontant aux causes qui les ont produites. Outre ces causes, s'il est possible de les découvrir, ils indiqueront le traitement prophylactique ou thérapeutique dont ils auront remarqué l'efficacité.

Art. 42. Dans ces rapports, qui doivent contribuer aux progrès de la science, en combinant les élémens propres à établir une statistique et une topographie médicale du département, les médecins cantonaux présenteront des considérations tant sur l'état atmosphérique permanent ou accidentel de leur canton, que sur la nourriture, le vêtement, les travaux habituels, les habitations, le degré d'aisance, les mœurs et les usages des habitans.

Art. 43. Les rapports seront adressés au préfet directement pour l'arrondissement chef-lieu, et par l'intermédiaire des sous-préfets pour les autres arrondissemens, pour être communiqués au conseil de salubrité. Ce conseil signalera à l'administration supérieure ceux des médecins cantonaux qui se seront distingués par leur zèle et leur capacité dans l'exercice de leurs fonctions.

TITRE III.

Nomination des membres du conseil de salubrité et des médecins cantonaux; résidence et appointemens de ces derniers.

CHAPITRE Ier.

De la nomination des membres du conseil de salubrité et des médecins cantonaux.

Art. 44. Les membres du conseil de salubrité sont nommés par le préfet, qui détermine le nombre des personnes appelées à en faire partie.

Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 45. Le préfet nomme pareillement les médecins cantonaux.

Art. 46. Nul ne peut être médecin cantonal, s'il n'est né ou naturalisé Français et porteur d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés du royaume.

Art. 47. En cas de vacance d'une place de médecin cantonal, il en est donné avis au public par la voie des journaux.

Les médecins aspirant à la place vacante adresseront leur demande au préfet. Cette demande sera communiquée au conseil de salubrité, qui ouvrira un concours en proposant aux candidats des questions de médecine et de chirurgie à traiter et à résoudre, et dressera une liste de ceux des concurrens qui auront montré le plus de savoir et d'aptitude. Le préfet choisira sur cette liste le candidat qui lui paraîtra le plus digne de la confiance publique.

A Strasbourg, M. le maire désignera, d'après cette liste, trois candidats, parmi lesquels le préfet choisira le titulaire.

CHAPITRE II.

De la résidence, de la révocation et des appointemens des médecins cantonaux.

Art. 48. Les médecins cantonaux pourront, sur leur demande ou si l'autorité le juge convenable, changer de canton, soit en cas de vacance, soit par échange. Le conseil de salubrité sera appelé à donner son avis sur la convenance de ces mutations.

Art. 49. Les médecins cantonaux sont tenus de résider dans le chef-lieu du canton où ils exercent leurs fonctions, à moins qu'ils ne soient autorisés à habiter une autre com-

mune du même canton. Cette autorisation sera demandée au préfet, qui prendra l'avis du conseil de salubrité.

Art. 50. Le conseil de salubrité sera appelé à donner son avis sur la révocation des médecins cantonaux, quand les motifs qui sembleraient donner lieu à cette mesure de sévérité seront relatifs à l'exercice de leurs fonctions.

Art. 51. Le traitement des médecins cantonaux est fixé à 600 fr., qui seront répartis entre les communes du canton. Ce traitement peut être augmenté par délibération des conseils municipaux, sauf l'approbation du préfet.

Art. 52. Des prix pourront être décernés annuellement aux médecins cantonaux qui, au jugement du conseil de salubrité, se seront distingués par leur zèle dans l'exercice de leurs fonctions.

TITRE IV.

CHAPITRE UNIQUE.

Art. 53. Toutes dispositions antérieures, contraires au présent arrêté, sont et demeurent abrogées.

Fait à Strasbourg, en l'hôtel de la préfecture, les jour, mois et an que dessus.

CHOPPIN D'ARNOUVILLE.

Membres du conseil de salubrité du Bas-Rhin.

Les membres du conseil de salubrité du département du Bas-Rhin sont :

MM. DUVERNOY, doyen de la Faculté des sciences.

COZE, EHRMANN, GOUPIL, professeurs à la Faculté de médecine.

ARONSSOHN, agrégé près la Faculté de médecine.

Cuntz, médecin du canton Ouest de Strasbourg.
Bœckel, docteur-médecin.
Spielmann, Hecht (E.), pharmaciens.
Thierry, directeur du Haras.
Prieur père, artiste vétérinaire.
Stœber, agrégé près la Faculté de médecine, *secrétaire.*

Médecins cantonaux.

Les médecins cantonaux du département du Bas-Rhin sont :

ARRONDISSEMENT DE SAVERNE.

Cantons de Bouxwiller,	MM. Michel.
Drulingen,	Steinbrenner fils.
Hochfelden,	Heydt.
La Petite-Pierre,	Solger.
Marmoutier,	Muret.
Saar-Union,	Cayrel.
Saverne,	Mang.

ARRONDISSEMENT DE SÉLESTAT.

Cantons de Barr,	MM. Sulzer.
Benfeld,	Rack.
Erstein,	Hatterer.
Marckolsheim,	Ritzinger.
Obernai,	Meyer.
Rosheim,	Blum.
Sélestat,	Stæbel.
Villé,	Conraux.

ARRONDISSEMENT DE STRASBOURG.

Cantons de	Bischweiler,	MM. LUROTH.
	Brumath,	SCHILLING.
	Geispolsheim,	LIEBERMANN.
	Haguenau,	ARNOLD.
	Molsheim,	BRIFFAULT.
	Oberhausbergheim,	LITSCHGI.
	Truchtersheim,	GANGLOFF fils.
	Wasselonne,	FODERÉ.
Ville de Strasbourg,	Nord,	WILLEMIN.
	Sud,	MÜLLER.
	Est,	GRAFFENAUER.
	Ouest,	CUNTZ.
	Robertsau,	HERING.
	Neuhoff,	DASSDORFF, officier de santé, méd. cant. adj.

ARRONDISSEMENT DE WISSEMBOURG.

Cantons de	Lauterbourg,	MM. HEMMERLE.
	Niederbronn,	SALATHÉ.
	Seltz,	DEISS.
	Soultz-sous-Forêt,	LION.
	Wissembourg,	PAULI.
	Wœrth,	SADOUL.

Prospectus de l'hospice départemental d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

L'Alsace, si riche en établissemens de bienfaisance, n'avait aucun asyle à offrir à l'une des plus grandes misères humaines, l'aliénation mentale. De concert avec l'adminis-

tration, le conseil général du département du Bas-Rhin a réalisé la généreuse pensée d'y pourvoir. Stephansfeld, ancien hospice, occupé autrefois par les enfans trouvés, vient de recevoir cette destination.

Stephansfeld est situé à trois lieues de Strasbourg; à un quart de lieue de la petite ville de Brumath. Sa position offre tous les avantages sur lesquels peut se fonder l'espoir de la guérison; elle est abritée, vers le midi et vers l'ouest, par de vastes et belles forêts; au nord et à l'est, par les côteaux qui enveloppent Brumath et Geudertheim. On respire dans cette maison un air pur; on y jouit d'une vue agréable, et, quoique voisine d'une population de quatre mille âmes, elle est isolée; tout y provoque au calme de l'âme et au repos de l'imagination.

Les constructions anciennes offraient de grandes ressources pour une bonne organisation; elles ont été augmentées : des bâtimens neufs, de vastes préaux convertis en jardins, permettent une heureuse distribution des malades selon leur sexe et selon le genre de leur aliénation. Des appartemens y sont réservés pour les pensionnaires auxquels leurs familles désireraient assurer un traitement particulier, et au besoin pour les domestiques qu'on désirerait leur donner. L'organisation du service médical et du service adminitratif ne laisse rien à désirer. Un médecin en chef, un médecin adjoint et un interne en chirurgie s'y trouvent constamment. Un économe, capable et éclairé, remplit les fonctions de directeur; plusieurs employés, des sœurs de charité, des infirmiers et infirmières en nombre suffisant seront constamment occupés à soulager les malades, et à leur donner les soins prescrits dans les visites journalières et continuelles des chefs de l'établissement. Ces derniers, eux-mêmes, sont soumis aux inspections fré-

quentes et fortuites du préfet ou de son délégué, et de trois commissaires choisis par MM. les membres du conseil général du département. Telles sont les garanties offertes aux départemens, aux communes, aux hospices, aux familles, qui désireraient placer des pensionnaires dans la maison départementale de Stephansfeld.

CONDITIONS D'ADMISSION.

La maison de Stephansfeld admet *quatre classes* de pensionnaires.

La *première classe* comprend le régime des aliénés à la charge des départemens, des communes ou autres établissemens publics. Le prix d'admission des pensionnaires de cette classe et fixé à 80 centimes par jour. Toutefois, pour indemniser le département du Bas-Rhin de ses dépenses d'ameublement, les départemens, les communes et les établissemens situés hors de son territoire, paieront, pendant les cinq premières années, 1 fr. par journée.

La *seconde classe* comprend les aliénés placés dans l'établissement par des familles ou conseils de famille sous condition d'habiter en commun avec les pensionnaires de première classe, et de certaines différences dans le régime alimentaire seulement. Le prix de la pension pour cette classe est fixé à 600 fr.

Les *troisième* et *quatrième classes* comprennent les aliénés logés, servis et nourris en chambres particulières. Le taux de la pension de la troisième classe est fixé à 900 fr., celui de la quatrième à 1200 fr.

Lorsque les familles le désirent, il est affecté au service particulier de l'aliéné un domestique ou une servante. L'établissement y pourvoit moyennant un supplément de 500 fr.

Les familles ont même la faculté de faire admettre un domestique de leur choix, moyennant un supplément de pension, fixé à 400 fr. pour un homme, et à 350 fr. pour une femme. Dans ce cas les gages ne sont pas à la charge de l'administration.

On peut même proposer à l'économe tous autres arrangemens qu'il a mission de conclure sous l'approbation du préfet.

Le chauffage particulier et les menues fournitures qui n'entrent pas dans le régime ordinaire de l'établissement, sont payés par les familles en sus du prix de la pension. Les familles paient aussi la valeur des objets appartenant à la maison, qui seraient cassés ou détruits par les aliénés.

Les pensions sont payables entre les mains de l'économe par trimestre et d'avance. — Le premier trimestre de la pension demeure acquis à l'établissement dans le cas de la sortie du pensionnaire avant l'expiration de ce trimestre. En même temps que les familles paient un trimestre d'avance, elles acquittent les fournitures particulières qui auront eu lieu dans le trimestre précédent, et la valeur des objets cassés ou détruits.

Les familles des pensionnaires de deuxième, troisième et quatrième classes devront fournir un trousseau, qui sera, autant que possible, composé comme il suit :

POUR LES PENSIONNAIRES DE IIIe ET IVe CLASSES.

Hommes.	*Femmes.*
3 paires de draps.	3 paires de draps.
12 chemises.	2 peignoirs pour les bains.
12 mouchoirs de poche.	12 chemises.
6 bonnets de coton.	12 mouchoirs de poche.
6 cravates.	12 serviettes.
6 paires de bas.	12 petites serviettes.
12 serviettes.	6 bonnets pour la nuit.

2 habillemens complets.
3 paires de souliers.
1 chapeau ou casquette.
1 peigne.
1 brosse.

4 fichus ou schals pour le jour.
6 paires de bas.
Objets d'habillement convenables.
2 paires de souliers.
1 sac ou des poches.
1 peigne.
1 brosse.

POUR LES PENSIONNAIRES DE IIe CLASSE.

Hommes.

2 paires de draps.
6 chemises.
6 mouchoirs de poche.
4 bonnets de coton.
3 cravates.
4 paires de bas.
6 serviettes.
2 habillemens complets.
2 paires de souliers.
1 chapeau ou casquette.
1 peigne.
1 brosse.

Femmes.

2 paires de draps.
2 peignoirs pour les bains.
6 chemises.
6 mouchoirs de poche.
6 serviettes.
4 bonnets pour la nuit.
3 fichus ou schals pour le jour.
4 paires de bas.
Objets d'habillement convenables.
2 paires de souliers.
1 sac ou des poches.
1 peigne.
1 brosse.

Le trousseau sera tenu au complet par les familles et à leurs frais.

La *nourriture* est réglée comme il suit :

Pour les pensionnaires de première classe. Pain demi-blanc. — *Dejeûner.* Une soupe dans laquelle il entre un quart de pain (12 ½ décagr.). — *Dîner.* Une demi-livre de pain (25 décagr.), soupe, une portion de légumes ; quatre fois par semaine, une demi-livre de viande (25 décagr.), au lieu de légumes. — *Souper.* Une demi-livre de pain (25 décagr.), une portion de légumes, du fromage ou de la salade. — Les pensionnaires de cette classe recevront,

les jours où ils n'auront pas de viande, 25 centilitres de vin par jour.

Pour les pensionnaires de deuxième classe. Pain demi-blanc. — *Déjeûner.* Un demi-litre de lait ou soupe au lait, y compris un quart de pain. — *Dîner.* Une demi-livre de pain, viande, légumes et un quart de litre de vin. — *Souper.* Une demi-livre de pain, un morceau de rôti (veau ou mouton), salade, fromage ou fruits.

Pour les pensionnaires de troisième classe. — Déjeûner. Café au lait, un quart de pain. — *Dîner.* Pain à discrétion, soupe grasse, viande de bœuf (25 décagr.), légumes, rôti (veau ou mouton), un plat de dessert, fromage, fruits ou confitures; un quart de litre de vin. — *Souper.* Pain à discrétion, soupe, une omelette ou un œuf, légumes ou salade; un quart de litre de vin.

Pour les pensionnaires de quatrième classe. Pain blanc à discrétion. — *Déjeûner.* Café ou chocolat au lait. — *Dîner.* Soupe grasse, bouilli, légumes, rôti (une fois par semaine le rôti sera donné en volaille), salade, trois plats de dessert (fruits, fromage et confitures); un demi-litre de vin rouge ou blanc, au choix du pensionnaire. — *Souper.* Soupe, un plat de boucherie, trois plats en fruits de la saison, fromage et confitures ou salade; un quart de litre de vin.

Nota. Les jours maigres les mets gras seront remplacés au besoin par le poisson, les œufs, les omelettes, le riz au lait, etc. Les pensionnaires de deuxième, troisième et quatrième classes pourront, si le médecin en chef le permet, échanger la quantité de vin qui leur est due, contre la quantité de bière qu'il permettra. Le régime de nourriture qui vient d'être indiqué, n'est donné qu'aux aliénés non affectés de maladies physiques. La nourriture des aliénés malades sera réglée journellement par le médecin.

S'adresser pour de plus amples renseignemens, à M. Noroy, économe de l'hospice de Stephansfeld, résidant audit établissement, près de Brumath, arrondissement de Strasbourg. — *Affranchir.*

Nous ajoutons que c'est M. Ristelhueber qui est médecin en chef de l'établissement, et M. Renaudin, médecin adjoint.

Concours pour une chaire de clinique interne, vacante dans la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour une chaire de clinique interne, vacante dans cette Faculté.

Ce concours s'ouvrira le 2 janvier 1836.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont, de jouir des droits civils; d'être âgé de trente ans accomplis; de justifier de six ans de doctorat, ou de quatre ans de service dans un hôpital en qualité de médecin ou de chirurgien.

Ce concours se composera de trois genres d'épreuves :

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat, faite dans l'assemblée des juges, où le mérite de leurs ouvrages et de leurs services sera discuté;

2° Deux leçons cliniques faites après visites de quelques malades indiqués par le jury, et après que les juges auront déterminé le diagnostic des maladies dont le candidat devra traiter dans ses leçons, qui dureront une heure chacune, et pour lesquelles il ne pourra s'aider que de simples notes;

3° La discussion publique d'une Thèse imprimée en français, ayant pour objet une question de clinique, dont le sujet, différent pour chacun des candidats, sera tiré au sort. Dix jours francs seront accordés pour la remise de cette Thèse, à partir du jour où le sujet en aura été indiqué. La discussion et l'argumentation auront lieu ensuite, suivant les formes et dans les limites de temps indiquées par les art. 27, 28 et 29 du réglement du 12 avril 1823 sur les concours d'agrégation, c'est-à-dire que chaque candidat sera argumenté par quatre de ses compétiteurs pendant une demi-heure chacun.

Ceux qui désireront concourir, sont invités à remettre ou à envoyer au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg les pièces constatant qu'ils ont les qualités exigées, savoir :

1° Copie légalisée de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur, et, s'ils n'ont pas six années de doctorat, la preuve de quatre ans de service dans un hôpital, en qualité de médecin ou de chirurgien;

3° Un paquet cacheté contenant l'exposé de leurs titres.

Ces pièces devront parvenir à la Faculté avant le 15 novembre 1835[1].

Lorsque la liste des concurrens aura été définitivement arrêtée, le secrétaire écrira à chacun des docteurs qui se seront fait inscrire, pour les informer de la décision.

[1] C'est par erreur que cette annonce n'a pas été insérée dans un des cahiers précédens des *Archives*. Le terme fixé pour l'inscription étant passé, les docteurs qui désireraient encore se présenter, devront se munir préalablement d'une autorisation du ministre de l'instruction publique.

Observations recueillies à la clinique interne de la Faculté de médecine de Strasbourg, pendant le semestre d'hiver 1834 — 1835; par V. Stoeber, agrégé à la Faculté.

(SUITE ET FIN.)

MYÉLITE.

Cette maladie qui depuis quelque temps attire fortement l'attention des médecins, et qui sert même de base presque unique à tout un système médical (celui de M. Imbert, de Lyon), s'est présentée deux fois à notre investigation pendant le semestre d'hiver. Les deux malades sont entrés à la clinique dans la même semaine, et nous ont par conséquent permis de comparer deux degrés très-différens de la même affection. Je rapporterai les deux observations.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Michel Pflughaupt, âgé de trente-deux ans, fort et bien constitué, travaillant dans une manufacture de draps, où il est continuellement exposé à l'humidité, et logeant à la Robertsau dans une petite chambre du rez-de-chaussée, extrêmement humide, fut affecté, au commencement du mois de février 1835, d'un abcès au cou, qui ne se cicatrisa qu'au bout de trois semaines. Avant l'entière guérison de cet abcès, du 20 au 22 février, Pflughaupt ressentit subitement et sans cause connue, une douleur vive, lancinante dans la partie lombaire de la colonne épinière, douleur qui s'irradiait vers la partie antérieure, inférieure de

l'abdomen, s'étendait jusqu'à la partie interne des cuisses, sans se faire sentir à la partie externe de ces membres, s'exaspérait par intervalles et s'accompagnait alors de tremblemens convulsifs, violens des extrémités inférieures. Celles-ci furent en même temps affectées d'une diminution notable de la sensibilité et d'une faiblesse telle que le malade ne put se tenir debout.

Pendant les six jours de cette affection, le malade eut plusieurs vomissemens par jour; ceux-ci cessèrent spontanément, mais les constipations opiniâtres et la dysurie qui se manifestèrent dès le commencement de la maladie persistèrent jusqu'à l'entrée à la clinique, qui eut lieu le 21 mars, quatre semaines après le début de l'affection.

A la visite du soir, nous observâmes les symptômes suivans, outre ceux rapportés plus haut: Douleur très-vive, excitée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires; le tremblement dans les extrémités inférieures survient chaque fois que le malade veut étendre ses jambes; ce tremblement se communique à tout le corps. Intelligence non troublée, céphalalgie, insomnie; légères palpitations du cœur; pouls fréquent, peu développé; langue blanchâtre, appétit presque nul, soif modérée.

Considérant la maladie comme une myélite de nature rhumatismale, attendu que les affections rhumatismales étaient prédominantes et que ce malade avait été exposé à des causes propres à les faire naître, nous ordonnâmes un bain tiède et prescrivîmes une potion composée de quatre onces d'infusion de fleurs de tilleul et d'une once d'esprit de Minderer et de sirop. Le malade devait boire de l'infusion de fleurs de tilleul tiède.

Le 22, à la suite du bain, le malade s'est senti soulagé;

vers le matin, il est entré en transpiration; il s'y trouve encore à l'heure de la visite. La douleur de la région lombaire a beaucoup diminué, celle des parois abdominales et des cuisses a disparu; le tremblement est moins violent; la céphalalgie est légère; le pouls, toujours fréquent, est plus développé. Le malade a eu une selle naturelle. On continue l'acétate d'ammoniaque et l'infusion de fleurs de tilleul.

Le 23, transpiration pendant toute la nuit; la douleur a complètement disparu; le tremblement ne revient plus que très-rarement et avec bien moins d'intensité; mais la faiblesse des extrémités inférieures persiste à un haut degré. L'appétit revient, mais non le sommeil. (Infusion de fleurs de tilleul pour boisson; on accorde un peu de veau rôti.)

Le 24, on donne du vin rouge au malade, et le 26 une décoction de quinquina qu'on continue jusqu'au 31; ce jour-là le malade, qui avait senti ses forces se rétablir progressivement, commit l'imprudence de se lever et de sortir de la salle; il se trouva dans un courant d'air froid, et sentit immédiatement de légers tremblemens dans les membres, à la suite desquels la faiblesse augmenta de nouveau. (Bain tiède.)

Le 1er avril, en sortant du bain, le malade a ressenti une douleur fixe à l'hypochondre et à l'épaule gauche, qui a disparu en partie par suite d'une transpiration assez abondante. Sommeil paisible tel que le malade n'en avait pas eu depuis quelques semaines. (Potion diaphorétique avec l'esprit de Minderer.)

Le 2, sueur toute la nuit; le malade se trouve mieux; cependant il y a encore de légers tremblemens. On continue le même médicament jusqu'au 7; il ne reste alors qu'un peu de faiblesse, de l'insomnie, et un pouls extrêmement

fréquent. Un bain, six gouttes de teinture de digitale, trois fois par jour, et une décoction de quinquina continuée pendant quelques jours, achèvent la guérison. Le malade sort de l'hôpital le 13 avril.

SECONDE OBSERVATION.

Fréderic Kratzmayer, âgé de trente et un ans, cordonnier, fut affecté, dans les premiers jours de février 1835, et sans cause connue, d'une douleur pongitive à la partie inférieure droite de la poitrine. A la suite de frictions avec le liniment volatil, la douleur quitta son siége primitif pour se porter sur l'épine dorsale, entre les deux omoplates, où elle est restée fixée depuis six semaines. Dès le commencement, la douleur vertébrale s'accompagna de fourmillemens dans les pieds, de constipation et de difficulté d'uriner. De temps en temps des points de côté se manifestèrent à la partie gauche de la poitrine; le malade sentait ses forces décliner de jour en jour, surtout dans les extrémités inférieures, qui furent prises de contractions involontaires et de tremblemens. Les mouvemens convulsifs devinrent plus intenses, persistèrent pendant quelques jours sans interruption, et lorsqu'enfin ils cessèrent, le malade s'aperçut qu'il avait perdu l'usage de ses jambes, qu'elles ne pouvaient plus le porter.

Les différens moyens internes qu'on avait employés en ville n'ayant procuré aucune amélioration, le malade entra à la clinique le 26 mars et fut placé au lit n° 28. Il avait la face pâle et amaigrie, quoique le reste du corps n'eût pas beaucoup perdu de son embonpoint. Le malade nous dit avoir eu des hémoptysies violentes il y a quelques années. Maintenant il ressent une douleur assez vive entre les

épaules, surtout lorsqu'il fait quelques mouvemens, ou lorsqu'on presse sur les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales, moins cependant lorsqu'on appuie sur les apophyses épineuses, que lorsqu'on comprime la gouttière vertébrale gauche de cette région; la douleur n'irradie point vers d'autres parties. Les extrémités inférieures sont raides, n'obéissent pas constamment à la volonté; quelquefois le malade peut les étendre et les fléchir, d'autres fois il ne le peut plus, même avec le secours des mains, les muscles extenseurs étant fortement contractés; les mouvemens ne peuvent être exécutés que dans la position horizontale, le malade ne pouvant se tenir sur ses jambes; souvent aussi ces mouvemens d'extension et de flexion s'exécutent, sans que le malade puisse les empêcher par sa volonté. La sensibilité est affaiblie dans les extrémités inférieures, qui en outre ont quelquefois une température moins élevée que le reste du corps. Tous ces symptômes sont plus prononcés dans la jambe gauche. Le malade n'a point de céphalalgie; l'appétit est bon, mais la soif assez vive; il y a de la constipation et de la difficulté d'uriner. Le pouls est irrégulier et un peu accéléré, et le malade se plaint d'une chaleur intérieure; il transpire assez fortement chaque nuit.

Le diagnostic n'était pas douteux quant au siége de la maladie, tous les symptômes se rapportant à une affection de la moëlle épinière. Quant à la nature de la maladie, les douleurs augmentées par les mouvemens et par la pression, le pouls légèrement fébrile, la soif, la chaleur intérieure, les contractions involontaires des membres, nous firent penser qu'elle ne pouvait consister qu'en une irritation inflammatoire, une inflammation subaiguë de la moëlle, d'autant plus que les contractions des membres

nous paraissaient avoir quelque analogie avec celles qu'on observe dans certains ramollissemens inflammatoires du cerveau. En conséquence, nous résolûmes de commencer le traitement par quelques applications de ventouses scarifiées, que nous ferions suivre par des vésicatoires volans le long de l'épine, et par les mercuriaux, en même temps qu'on donnerait de temps à autre un bain tiède, et qu'on maintiendrait le ventre libre au moyen de lavemens laxatifs.

Le 26 et le 27, on applique quarante ventouses scarifiées; le malade prend un bain et deux lavemens laxatifs.

Le 28, la douleur diminue de beaucoup; les mouvemens du thorax sont plus libres, moins douloureux. (Vésicatoire sur la région douloureuse de l'épine. Quatre grains de calomel et douze de magnésie, en deux fois.)

Le 30, amélioration générale.

Le 31, quand le malade étend ses jambes, il sent des tiraillemens douloureux qui commencent au sacrum et remontent jusqu'à la troisième vertèbre dorsale; la douleur dorsale est légère quand il se tient tranquille, mais elle change de siége, se porte tantôt plus bas, puis remonte de nouveau. Fourmillemens autour des articulations tibio-tarsiennes.

Le 2 avril, douleurs abdominales, ventre tendu, constipation de deux jours; le malade n'a pas uriné de toute la nuit. Les douleurs se dissipent à la suite d'une selle et de l'émission des urines.

Le 5, le malade est à peu près dans le même état que lorsqu'il est entré à l'hôpital; la douleur de l'épine dorsale a seule diminué. Jusqu'à ce jour, on a appliqué cinq vésicatoires, donné deux bains, administré vingt-huit grains de calomel, uni d'abord à la magnésie, ensuite à la poudre de racine de jalap. Tous les jours, le malade a pris un ou

deux lavemens laxatifs; une fois, on a même été obligé de lui donner une infusion de séné avec du sel de Glauber et de la manne.

Le 6, légère douleur à la poitrine; du reste, même état. (On applique vingt-cinq ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.)

Le 7, le malade se plaint surtout d'une prostration extrême. Le pouls n'est plus irrégulier, mais petit, faible. La maladie passe à l'état chronique. (On continue l'emploi des vésicatoires volans et des lavemens laxatifs, on y ajoute les frictions sur le dos avec l'onguent nervin, et l'usage interne d'une décoction de quinquina.)

Le 22, le malade est toujours dans le même état, seulement ses forces ont de nouveau augmenté. On a continué le même traitement jusqu'à ce jour; pendant trois jours, on avait voulu substituer à l'onguent nervin, d'abord l'opodeldoc, puis l'onguent mercuriel; mais le malade prétendant que ces frictions augmentaient ses douleurs, on y a renoncé. En tout, on a appliqué soixante-cinq ventouses scarifiées et douze vésicatoires, et donné quatre bains.

Après que j'eus quitté le service de la clinique, on essaya encore différentes méthodes de traitement, le tout en vain. Le malade s'affaiblissant de plus en plus, demanda à sortir de l'hôpital, et se fit transporter chez lui; depuis on l'a perdu de vue.

Dans la première des deux observations que je viens de rapporter, les méninges rachidiennes paraissent avoir été plus spécialement affectées; dans la deuxième, c'était la moëlle elle-même; car ainsi que dans les maladies de l'encéphale, les contractions cloniques et la douleur intense

appartiennent plus particulièrement à l'inflammation des méninges, et la paralysie avec contracture au ramollissement de la moëlle. C'est du moins là ce que semblent prouver les recherches les plus récentes sur ces maladies.

PLEURÉSIE AIGUË.

Les six individus affectés de cette maladie ont tous guéri assez rapidement, la plupart en quinze à vingt jours. Chez aucun d'eux, la maladie n'a passé à l'état chronique. Les moyens employés ont été d'abord les saignées copieuses et répétées; plus tard, les vésicatoires. Dans les cas où l'égophonie annonçait que l'épanchement se faisait, les frictions mercurielles sur la poitrine furent mises en usage.

Nous avons pu constater chez nos malades, ce qui n'est pas admis par tous les auteurs, qu'au commencement de l'affection, ils se couchaient toujours sur le dos ou le côté sain, et que le décubitus sur le côté malade était impossible, à cause des douleurs et de la dyspnée qu'il occasionait.

PNEUMONIE.

Dix hommes et deux femmes nous ont présenté la pneumonie à différens degrés. Nous en avons perdu quatre, dont deux dans les premières vingt-quatre heures. Tous les quatre étaient, à leur entrée à la clinique, dans la troisième période de la maladie. La moyenne de l'âge des quatre qui ont succombé est de cinquante-trois ans, tandis qu'elle n'est que de trente-quatre pour ceux qui ont guéri; l'âge des malades paraît être une des circonstances qui influent le plus sur la gravité de la pneumonie. Les malades guéris ont généralement été traités par les saignées et le tartre

stibié en lavage, à la dose de quatre à douze grains. Je n'ai administré le tartre stibié seul, sans recourir à la saignée, que dans le cas suivant qui n'appartient pas aux douze cas du semestre d'hiver, mais que je traitai encore à la clinique pendant la première moitié d'avril. C'était une femme âgée de plus de soixante ans, qui était entrée à l'hôpital pour une pneumonie double, caractérisée par le râle crépitant et par les crachats rouillés. La petitesse du pouls et la prostration de la malade nous engagèrent à ne point pratiquer de saignée; huit grains d'émétique furent prescrits dans six onces d'eau, à prendre dans les vingt-quatre heures. La pneumonie céda plus rapidement que chez nos autres malades, et, au bout de quinze jours, cette vieille femme sortit de l'hôpital. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Trousseau, qui croit avoir observé que la pneumonie guérit plus vite par l'emploi du tartre stibié seul que par l'emploi de ce médicament précédé de saignées.

PERFORATION DU PHARYNX.

Un homme, moitié idiot, entre à la clinique dans les premiers jours de novembre, accuse des douleurs à la gorge en avalant et en parlant, douleurs qui subsistent depuis long-temps et sont augmentées par la pression; la voix est rauque et presque éteinte; il y a de la toux, une expectoration purulente et une haleine fétide. L'auscultation n'indique rien. Point de fièvre. Le malade reste quatre jours dans la salle, pendant lesquels il refuse tout médicament et tout aliment; au bout de ce temps, il meurt. Nous nous attendons à trouver des ulcérations dans le larynx et le pharynx, et nous sommes fort étonnés de trouver le larynx, la trachée-artère et les poumons dans l'état nor-

mal; par contre, nous trouvons dans la partie inférieure du pharynx, derrière le cartilage thyroïde, un opercule de poisson, appuyé avec son bord tranchant contre la paroi postérieure du pharynx, laquelle est perforée en cet endroit dans la longueur d'un demi-pouce; par cette ouverture, on pénètre avec la sonde dans un trajet fistuleux, long. de trois à quatre pouces, situé entre l'œsophage et la colonne vertébrale; ce canal contient du pus fétide, des lambeaux de tissu cellulaire, et une espèce de fausse membrane, laquelle tapisse la colonne vertébrale, et a probablement empêché que les vertèbres ne fussent cariées.

FIÈVRE LENTE GASTRIQUE.

Madeleine Mathis, âgée de cinquante-sept ans, d'un tempérament lymphatique, sentit, au mois de novembre 1834, son appétit se perdre peu à peu sans cause connue; il s'y joignit parfois de légers maux de tête, des nausées; les forces diminuèrent au point qu'elle ne put continuer ses occupations : quatre semaines se passèrent ainsi. Entrée à la clinique le 18 décembre, elle offre les symptômes suivans : Bouche amère, muqueuse; langue chargée, comme blanchâtre; vomituritions, soif, anorexie, constipation de quelques jours, douleur nulle à l'abdomen. Il n'y a point d'accélération notable du pouls, excepté le soir; mais des horripilations, des douleurs dans les membres, de la céphalalgie et une grande prostration des forces.

Pendant deux jours, on prescrit deux grains de tartre stibié dans une boisson tartarisée, sans le moindre amendement.

Le 22, la faiblesse de la malade augmente; l'appétit est complètement aboli; les symptômes gastriques sont au

même point que par le passé. (Simple potion gommeuse, qui, le 23, est de nouveau remplacée par une potion avec quatre grains d'émétique, qui laissa la maladie au même point que par le passé.)

Le 24 et le 25, vu que cet état gastrique ne cède pas aux évacuans, on reste dans l'expectation. Cependant les forces de la malade déclinent visiblement, le découragement est peint sur son visage; des idées noires et mélancoliques la tourmentent; le ventre, depuis quelques jours, est un peu paresseux; jamais de douleurs dans le bas-ventre. Les autres symptômes restent au même degré.

Le 26 et 27, on donne une infusion amère, qui lui fait rendre par le vomissement un ver lombricoïde.

Dans la nuit du 28, elle eut quatre vomissemens spontanés et quelques selles. (Cependant elle n'a pris dans la journée que ℥iv d'infusion amère avec ʒj de teinture de valériane.)

Le 29, se livrant à l'idée que cet état pouvait tenir peut-être à la présence de vers, on lui donne comme essai l'électuaire anthelmintique suivant: Poudre de semen-contra, de feuilles de séné, āā ʒj; sulfate de potasse, ℥ß; oxym. scillit. q. s.; à prendre par cuillerée à café. Il y eut quelques évacuations alvines, mais point de vers.

Le 30, point de médicament.

Le 31, à ce cortége de symptômes, toujours les mêmes, s'est joint une toux catarrhale. On prescrit une décoction de sénéka, que la malade ne supporta pas.

Le 1er janvier 1835, la prostration est à son *summum*. Le faciès semble plus altéré que par le passé; la bouche est toujours très-pâteuse, la langue chargée, l'abdomen insensible, mais un peu tendu; soif. Aucun aliment n'a encore été pris. La malade reste toujours parfaitement tranquille

dans son lit, sans jamais rien demander. On lui prescrit ʒj de valériane, pour une infusion de ℥iij; avec ʒß de liqueur de Hoffmann, et ℥j de sirop d'écorce d'orange pour la journée, et une cuillerée de vin de quinquina.

Le 6, la malade se sent déjà un peu mieux sous l'influence de ce traitement. Elle a un peu plus de force; elle demande à manger un œuf (premier aliment depuis son séjour à l'hôpital); on lui ordonne aussi de boire du vin rouge. On continue la potion.

Le 12, la malade est beaucoup plus éveillée; ses idées noires se dissipent, son appétit augmente, sa langue se nettoie, les forces renaissent. (Médicamens continués.)

Le 14, elle annonce une constipation de huit jours, quoique auparavant elle eût chaque jour plusieurs selles liquides. On lui prescrit de la teinture aqueuse de rhubarbe et un lavement laxatif, ce qui eut son effet.

Le 17, tout allant mieux de jour en jour, on lui donne une potion plus tonique, avec ℥iv de décoction de quinquina, et ℥j de sirop d'écorce d'orange, qu'elle continue avec beaucoup d'avantage jusqu'à la fin du mois.

Le 26, elle se lève pour la première fois, et essaie de marcher quelques pas; ses forces reviennent peu à peu; de jour en jour elle peut rester levée un peu plus. Son appétit est presque entièrement rétabli.

Le 1er février, elle cesse tout médicament, et une nourriture convenable suffit actuellement pour la rétablir; et aujourd'hui, 11 février, elle se trouve dans un état très-satisfaisant; il ne lui reste plus qu'un peu de faiblesse. Elle garde encore l'hôpital pendant quelques jours pour soigner sa convalescence.

Si nous avons donné à cette maladie le nom de fièvre

lente gastrique, c'est qu'elle nous a présenté tous les symptômes propres à l'affection, que Richter et autres ont appelée de ce nom. C'était un dérangement des fonctions gastriques, avec dépérissement considérable, fièvre lente. Que si l'on nous demandait à quelle lésion anatomique étaient dus ces symptômes, nous avouerions n'en rien savoir. La maladie se présenta au commencement comme un embarras gastrique bien caractérisé; cependant la méthode évacuante, qui ordinairement réussit si bien, échoua complètement; la prostration des forces et un amaigrissement rapide se joignirent aux symptômes gastriques. Nous ne croyons pas avoir eu à faire à une gastrite; l'absence complète de douleur au bas-ventre, même à une très-forte pression, le peu de fréquence du pouls, le succès du traitement stimulant et tonique ne parlent point pour l'existence d'une inflammation de l'estomac. Ce n'était pas non plus une gastralgie; il n'y avait pas de douleur, et le dépérissement si rapide ne s'observe point dans cette névrose. Ce dernier et la grande prostration des forces rappellent la fièvre nerveuse, l'affection typhoïde; mais l'absence de délire, de diarrhée, de pétéchies, l'expression de la figure qui ne présentait pas cet air de stupeur propre aux typhoïdes, la durée de la maladie enfin, ne permettent point de confondre l'affection de notre malade avec la fièvre nerveuse.

Quant au traitement, les vomitifs nous paraissaient indiqués au commencement; nous n'insistâmes pas; cependant, quand nous vîmes que malgré leur emploi, la maladie, loin de s'amender, continua à s'aggraver, et l'indication vitale de soutenir les forces, nous fit à la fin recourir au traitement excitant et tonique, qui ne semblait pas indiqué par l'état de la langue, par la soif et les vomissemens, et qui néanmoins eut un résultat si favorable.

AFFECTION CANCÉREUSE DE L'ESTOMAC ET DU FOIE, INDURATION DU PANCRÉAS.

Marie Stumpf, âgée de trente-cinq ans, blanchisseuse, fréquemment affectée de vomissemens depuis l'automne 1833, sans que sa santé en fût notablement altérée, s'aperçut, au mois de septembre 1834, qu'une tumeur dure s'était développée dans sa région épigastrique, en même temps que les vomissemens étaient devenus plus fréquens. Elle entra alors dans la salle de clinique.

En examinant l'abdomen, nous trouvâmes dans la région épigastrique, sur la ligne médiane et à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, une tumeur rénittente, dont la surface arrondie, de l'étendue d'une demi-orange, était dirigée du côté de la paroi abdominale, et dont le reste était caché profondément dans la cavité abdominale. Cette tumeur paraissait immédiatement recouverte par la paroi du bas-ventre; elle était indolore et légèrement mobile, de manière qu'elle se portait toujours un peu du côté sur lequel la malade était couchée. Celle-ci cependant était levée pendant une grande partie de la journée, et ne se plaignait que de vomissemens abondans, d'un liquide analogue à la salive, et d'un affaiblissement notable depuis quelques semaines. Il n'y avait point d'amaigrissement, le teint était bon, l'appétit se conservait, la soif était modérée, les selles toujours un peu difficiles; les autres fonctions se trouvaient dans l'état normal.

Le siége de la tumeur, joint aux vomissemens d'un liquide salivaire, symptôme indiqué par quelques auteurs comme pathognomonique d'une affection du pancréas, nous firent considérer la maladie de cette femme comme

une dégénérescence ou une tumeur du pancréas, tumeur qui devait cependant être considérable, puisqu'elle touchait la paroi antérieure de l'abdomen, malgré la situation profonde de l'organe dans l'état normal.

Nous employâmes, pendant près de trois mois, des pilules de ciguë et de calomel, et des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse.

Au commencement, les vomissemens cédèrent, et la malade se sentit mieux; mais à la fin ils se reproduisirent; l'appétit se perdit, la constipation s'y joignit, et lorsque tous les deux ou trois jours la malade allait à la selle, les matières fécales étaient globuleuses, dures comme des noix et en petite quantité. En même temps, autour de la tumeur principale de l'abdomen, s'étaient développées d'autres tumeurs plus petites, dures, bosselées; elles étaient situées sur le trajet du colon transverse, et nous les considérâmes comme des matières fécales endurcies, dont la marche était arrêtée par la pression que la tumeur pancréatique exerçait sur l'intestin. En conséquence, nous eûmes recours aux purgatifs, qui, effectivement, évacuèrent des matières dures, firent diminuer les bosselures de la tumeur sans les faire disparaître complètement, arrêtèrent de nouveau les vomissemens pour quelque temps, et rétablirent l'appétit.

Le mal parut rester stationnaire pendant plusieurs semaines, mais alors les vomissemens revinrent, ils présentèrent d'abord le même caractère qu'autrefois; mais plus tard, les matières vomies prirent un aspect sanieux, avaient un goût et une odeur fétides; l'appétit se perdit, le teint de la malade s'altéra, devint jaune, grisâtre; l'amaigrissement fit de rapides progrès. Il parut évident qu'outre la tumeur il existait une ulcération cancéreuse de l'estomac. Le trai-

tement ne fut plus dès-lors que palliatif, et la malade expira le 9 avril 1835.

Autopsie cadavérique. Le cœur et le poumon droit sont à l'état normal; le poumon gauche est adhérent à la plèvre costale à sa partie inférieure; il est œdémateux dans la plus grande partie de son étendue. La cavité des plèvres, et celle du péricarde, contiennent huit à dix onces de sérosité. *Abdomen :* Toute l'extrémité pylorique de l'estomac est rongée par un ulcère carcinomateux, garni de végétations charnues, en partie dures, en partie ramollies. La valvule pylorique est détruite en entier; un appendice en forme de bourrelet, d'un tissu ramolli, pulpeux, érodé sur toute sa surface, dessine la limite qui sépare l'estomac du duodénum. Les parois du ventricule ne sont point épaissies; mais à l'extérieur, les glandes avoisinant le pancréas, le duodénum et l'extrémité droite de l'estomac sont converties en des masses, en partie dures, en partie molles, d'un volume d'une noix, jusqu'à celui d'une pomme moyenne, plus ou moins adhérentes aux organes ci-dessus indiqués, au moyen d'un tissu cellulaire épaissi. En examinant de près la structure des glandes ainsi altérées, on y découvre la dégénérescence encéphaloïde à ses différens degrés. Converties en des kystes plus ou moins étendus, ces glandes renferment indépendamment de la matière encéphaloïde, une substance pulpeuse, colorée en rouge, semblable à un coagulum de sang, foncé au centre, plus pâle à la circonférence. En vidant ces diverses poches, on en trouve les parois injectées de vaisseaux sanguins, qui communiquent avec ceux de la substance dégénérée. Le lobe gauche et le lobe droit du foie sont chacun le siége d'une tumeur encéphaloïde, plus ramollie que celles des glandes. Ces produits y sont également renfermés dans des poches à parois

vasculaires, nullement confondues avec la substance hépatique. La matière contenue dans ces poches présente l'aspect d'une pulpe jaune rougeâtre, consistante, non diffluente, parsemée d'une infinité de vaisseaux. Plongée dans l'eau, elle paraît formée d'un tissu très-vasculaire, semblable à celui d'un cerveau de fœtus à terme lorsque la putréfaction a commencé à s'en emparer. Du reste le tissu du foie ne présente rien de particulier. Le pancréas est endurci à sa tête, qui se trouve entourée des parties dégénérées, auxquelles elle est unie par un tissu cellulaire serré. Le duodénum est sain dans toute son étendue, ainsi que le reste du canal intestinal. Une particularité remarquable, c'était l'existence d'un vaisseau, très-probablement veineux, provenant par des ramifications secondaires des parois du duodénum, du voisinage de la tête, du pancréas et de la face externe des glandes dégénérées, et se dirigeant vers la scissure de Sylvius. Compris dans la capsule de Glisson, à la partie postérieure de laquelle il se trouve placé, ce vaisseau se divise, en approchant du foie, en des rameaux très-petits et à parois très-minces, qui pénètrent dans la substance hépatique. Cette veine, que l'on peut considérer comme une seconde veine-porte, et dont le volume dépasse celui de l'artère hépatique avant ses divisions, est gorgée dans tout son trajet par de la matière analogue à celle renfermée dans les kystes. En poursuivant la division de ce vaisseau dans l'intérieur du foie, on en perd aussitôt les traces; la substance qu'il renferme ne se dégorge pas, au moins d'une manière visible, dans le tissu hépatique.

L'intérêt que présentent les altérations anatomiques trouvées chez cette malade m'ont engagé à reproduire la description exacte qu'en a bien voulu faire M. le professeur Ehrmann, et qu'il a eu la complaisance de me communi-

quer. Ce qui est digne de remarque, c'est que la malade a présenté les vomissemens salivaires qui ont été considérés comme caractéristiques des affections du pancréas, mais qui ne se rencontrent pas constamment dans les maladies de cet organe. Chez notre malade, le pancréas n'était pas aussi dégénéré que les parties environnantes, mais il avait de beaucoup augmenté de consistance. Récemment le docteur Mühry, de Hanovre, a publié un cas de dégénérescence du pancréas, qui s'accompagna également de vomissemens salivaires. Notons aussi que, malgré la dégénérescence cancéreuse du foie, la malade ne s'est pas plaint de douleurs dans la région occupée par cette altération.

IRITIS.

Nous avons eu à traiter trois cas de cette maladie : le premier était une iritis idiopathique; les deux autres dépendaient d'une affection syphilitique. Je rapporterai ces deux derniers.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Iritis syphilitique aiguë.

Émilie Tête, âgée de trente ans, cuisinière, affectée de syphilis il y a quatre mois, et conservant des taches cuivreuses suspectes sur la poitrine et les extrémités supérieures, fut affectée d'ophthalmie le 1er novembre 1834. Elle entra à la clinique le 12 novembre; le 13, à la visite, la malade se trouva dans l'état suivant :

Conjonctive palpéprale et oculaire de l'œil gauche très-injectée, avec quelques phlyctènes; cornée un peu terne à la partie inférieure; iris verdâtre et terne, pupille rétrécie et anguleuse, larmoiement, photophobie intense, violente

céphalalgie, principalement dans la région sus-orbitaire et aux tempes. Les objets que la malade voit de l'œil gauche paraissent avoir une couleur rouge. Les douleurs sont très-intenses la nuit; les rémissions ont lieu le jour. La conjonctive de l'œil droit est également injectée; il y a de la photophobie à cet œil, et la malade voit trouble. L'iris de l'œil droit est un peu terne, mais non verdâtre.

D'après les symptômes locaux et généraux ci-dessus énoncés, on diagnostiqua une iritis syphilitique.

Le 12 novembre, on avait saigné la malade; mais comme le 13, l'inflammation et les douleurs persistaient, on prescrivit l'application de dix sangsues sur l'apophyse mastoïde, des frictions avec de l'onguent mercuriel et de l'extrait de belladone dans la région sus-orbitaire et une pilule contenant un dixième de grain de sublimé corrosif; en même temps on mit la malade à une diète sévère, et on lui prescrivit une infusion de bois de guayac et de racine de salsepareille.

Le 14 et le 15, les douleurs étaient moins fortes, la conjonctive moins injectée, et on augmenta la dose du sublimé tous les jours d'un dixième de grain; et, le 15, on administra un lavement purgatif à la malade, qui n'avait pas été à la selle depuis deux jours.

Le 16, il y eut une recrudescence de la maladie; les douleurs devinrent plus fortes, la photophobie plus intense; on aperçut alors distinctement un cercle rougeâtre caractéristique autour de la cornée, principalement à l'œil droit. Saignée; le reste du traitement est continué. Les jours suivans, l'iris de l'œil gauche resta toujours un peu terne, les douleurs diminuèrent, la pupille était dilatée. On augmenta la dose du sublimé d'un dixième de grain par jour, de sorte que le 23 la malade prit sept dixièmes de grain.

Le 24, l'œil gauche était presque guéri. Les douleurs n'existaient plus, il n'y avait plus de photophobie; l'iris à l'œil gauche commençait à devenir clair. On place un vésicatoire à la nuque, et on continue le traitement. Mais le 25, tandis que l'œil gauche continue à marcher vers la guérison, les douleurs et les symptômes inflammatoires reviennent à l'œil droit; la photophobie devient très-intense à cet œil : la malade voit trouble. On prescrit de nouveau une saignée, et on fait prendre à la malade huit dixièmes de grain de sublimé.

Le 26, iris droit, d'un vert foncé ; iris gauche, bleu clair. Coliques et diarrhée à la suite de l'administration du sublimé. On continue néanmoins le même médicament, en prescrivant en sus une pilule d'opium le soir.

Le 28, la menstruation normale s'établit; on continue le sublimé à la même dose. L'iris de l'œil droit devient plus clair, les douleurs sus-orbitaires cessent, et le 1er décembre l'iris est clair aux deux yeux; la malade est convalescente. Elle sort de l'hôpital le 7.

SECONDE OBSERVATION.

Iritis syphilitique subaiguë.

Carlé, Marie, âgée de trente-six ans, fille publique, d'une constitution lymphatique, avait été affectée, il a y six ans, d'une ophthalmie aiguë, à la suite de laquelle elle conserva une cécité de l'œil gauche et un trouble assez considérable de la vue à l'œil droit, au point que quelquefois la malade croyait avoir un brouillard épais devant les yeux. Ce trouble était accompagné d'une sensibilité assez forte à l'impression de la lumière, et parfois de photopsie ou vue d'étincelles.

Au mois de février 1835, ces symptômes s'exaspérèrent; les yeux devinrent rouges, la vue s'abolit complètement. La malade se décida alors à entrer à la clinique.

Le 10 mars, nous la trouvâmes dans l'état suivant: *Œil droit :* Bords des paupières rouges, tuméfiés, collés l'un à l'autre le matin; conjonctive fortement injectée dans toute son étendue, ses vaisseaux passent par-dessus le bord de la cornée; cette dernière est terne, et présente plusieurs taies; l'iris est rougeâtre, la pupille est très-rétrécie, quadrangulaire, immobile, tirée vers en dedans et en haut; vue réduite à la perception de la clarté. *Œil gauche :* Bords des paupières moins rouges et moins tuméfiés; conjonctive moins injectée, réseau vasculaire, rouge autour de la cornée, sur laquelle s'étendent quelques vaisseaux injectés; cornée terne, nuageuse; iris rouge jaunâtre; pupille fortement rétrécie, anguleuse et oblitérée par des exsudations lymphatiques. Vue complètement abolie.

La malade se plaint de douleurs dans l'œil droit et dans la région sus-orbitaire droite, douleurs qui se manifestent le soir, persistent pendant la nuit, et diminuent ou disparaissent même durant la journée.

La malade prétend ne pas avoir eu de maladie syphilitique, mais son état et la nature de l'affection, et surtout des douleurs, font douter de la véracité de son assertion. L'inflammation n'étant pas assez aiguë pour indiquer le traitement antiphlogistique, on met la malade à la diète; on applique un vésicatoire à la nuque, on fait faire des frictions autour des orbites avec un gros d'onguent napolitain et quinze grains d'extrait de belladone par jour. Enfin, tous les soirs on applique, sur le bord des paupières, un peu de pommade de précipité rouge.

Au bout de quelques jours l'injection des conjonctives

diminua, les cornées s'éclaircirent, l'iris de l'œil droit reprit sa couleur normale, la vue s'améliora à l'œil droit.

Le 19, une salivation abondante et un engorgement considérable des glandes salivaires firent suspendre les frictions mercurielles; on continua à entretenir le vésicatoire et à appliquer aux bords palpébraux la pommade de précipité rouge, et on instilla dans les yeux, deux fois par jour, quelques gouttes d'une solution de cinq grains d'extrait de belladone dans un gros d'eau. En même temps on prescrivit un gargarisme émollient et l'application de sachets chauffés sur les glandes tuméfiées.

Le 24, la malade sortit de l'hôpital. Les symptômes de salivation avaient disparu. L'injection des conjonctives s'était dissipée. A l'œil droit, la cornée était redevenue claire, l'iris de couleur normale; la pupille avait ses dimensions ordinaires, mais une légère exsudation la rendait irrégulière d'un côté; la vue s'était rétablie. A l'œil gauche, quelques nuages persistaient sur la cornée; l'iris était resté décoloré, la pupille obstruée et la vue abolie: ces symptômes ayant existé depuis plusieurs années, sont considérés comme incurables.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, la nature syphilitique de l'ophthalmie a été plutôt déduite des circonstances concommittantes et des symptômes généraux que des signes locaux. C'est ce qu'on est souvent obligé de faire; car les symptômes locaux, propres à chacune des ophthalmies en particulier, n'existent pas toujours ou ne sont pas assez tranchés pour déterminer le diagnostic. C'est ainsi que dans l'iritis syphilitique le cercle vasculaire rouge qui, d'ordinaire, entoure la cornée, disparaît souvent lorsque l'inflammation est très-violente, car alors l'injection

générale de la conjonctive est tellement forte qu'on n'aperçoit plus ce cercle. C'est ce qui a eu lieu chez nos deux malades. Chez la première cependant, l'injection de la conjonctive ayant diminué en même temps que l'iritis paraissait avoir augmenté, ce cercle rouge se manifesta. La diduction de la pupille vers en haut et en dedans n'a pas toujours lieu dans les iritis syphilitiques; elle n'a point existé dans le premier de nos cas. Le trouble de la cornée est un des symptômes les plus constans de l'iritis syphilitique; il a existé chez les deux malades, quoique à un faible degré chez la première. Les douleurs ostéocopes durant la nuit, chez les deux malades, en outre les taches cuivrées chez la première, et la profession de fille publique dans le second cas, nous firent considérer la maladie comme de nature syphilitique; d'autant plus que sur cinq iritis, il y en a certainement trois qui sont dues à une affection vénérienne. Dans les deux cas, la rapidité de la guérison, à la suite d'un traitement mercuriel, tend à confirmer notre diagnostic. L'expérience m'a prouvé que dans les cas d'iritis syphilitique, on a beau employer la méthode antiphlogistique dans toute son étendue, l'inflammation n'en persiste pas moins et fait même des progrès; mais aussitôt que le mercure fait sentir son influence sur l'économie, les symptômes d'iritis diminuent. Aussi dans les cas où la maladie est grave, où la vue est fortement menacée, faut-il augmenter rapidement les doses des préparations mercurielles qu'on emploie, et ne pas craindre la salivation. C'est en suivant ces préceptes que nous avons rapidement guéri nos deux malades, dont la seconde était cependant fort gravement affectée. Si c'était ici le lieu, je pourrais ajouter à ces deux observations un assez grand nombre d'autres cas que j'ai observés en ville, et dans lesquels j'ai toujours réussi à

sauver la vue au moyen du traitement mercuriel, associé quelquefois aux évacuations sanguines et aux révulsifs.

SCARLATINE ET MILIAIRE.

Une observation très-intéressante, mais qui malheureusement s'est égarée, et que par conséquent je ne retrace que d'après mes souvenirs, est celle de Madeleine Kieffer, âgée de trente-deux ans, qui entra à la clinique le 25 novembre 1834. A son entrée, cette femme nous offrit tous les symptômes d'une scarlatine : Plaques rouges étendues, angine et fièvre; l'éruption datait de la veille, mais l'angine l'avait précédée de quelques jours. Le lendemain, les symptômes furent les mêmes; mais à la visite du 27, tous les symptômes de scarlatine avaient disparu, et à leur place on observa ceux de la miliaire essentielle. Il y avait une éruption miliaire cristalline, sans rougeur de la peau, au cou, à la partie antérieure de la poitrine, à l'abdomen; en même temps la malade se plaignait de dyspnée, de palpitations, de fourmillemens dans les extrémités des doigts, et d'engourdissement de ces parties. Le pouls était petit et fréquent. Il était évident que nous n'avions pas devant nous une de ces éruptions miliaires qu'on observe si souvent dans la scarlatine et qui ne donnent lieu à aucun symptôme particulier. Il s'agissait chez notre malade d'une miliaire essentielle, caractérisée par tous ses symptômes.

Les moyens que nous mîmes en usage, furent d'abord de légers diaphorétiques, l'esprit de Minderer dans une infusion de fleurs de tilleul; plus tard, nous employâmes le traitement du docteur Narr, qui consiste dans l'administration à l'intérieur des acides minéraux, et dans l'usage de bains alcalins.

La maladie résista à ces moyens pendant deux mois. Elle ne conservait pas toujours, à la vérité, la même intensité; les symptômes diminuaient de gravité, l'éruption disparaissait même complètement; mais à peine croyait-on la malade en voie de guérison, que l'éruption et tout son cortége de symptômes reparaissaient. A la fin, nous eûmes recours aux frictions mercurielles sur la poitrine. La salivation s'établit au bout de quelques jours, et dès ce moment une amélioration notable se manifesta et se soutint; en sorte que la malade put quitter l'hôpital le 25 février, complètement guérie.

PARALYSIE SATURNINE.

Joseph Schlitzer, âgé de quarante-cinq ans, peintre, occupé une grande partie de la journée à broyer de la céruse, a déjà eu, à différentes reprises, la colique de plomb. Depuis la dernière attaque de cette maladie, en automne 1834, il s'est aperçu d'un affaiblissement de ses mains, lequel ayant fait des progrès, il entra à la clinique le 10 mars 1835. A cette époque, il y avait une demi-paralysie des doigts aux deux mains; l'affection était surtout très-marquée aux deux derniers doigts de chaque main, qui ne pouvaient être ni fléchis, ni étendus complètement; la flexion et l'extension se faisaient aux autres doigts, mais le malade ne pouvait que très-faiblement serrer les objets avec ses mains, surtout avec la droite; les deux derniers doigts restaient toujours demi-fléchis. Cette maladie, peu fréquente à Strasbourg, mais qui n'est pas rare dans les hôpitaux de Paris (voyez la dissertation inaugurale de M. Tanquerel sur ce sujet; Paris, 1834), cède le plus souvent, quand elle est encore récente, à la strychnine. C'est aussi le

médicament que nous avons employé chez notre malade. Il l'a pris jusqu'à la dose de douze quinzièmes de grain par jour; alors se manifestèrent des contractions spasmodiques dans les muscles de la face et des extrémités. Onze quinzièmes de grain ne produisaient point cet effet. Le malade se trouva dans un état beaucoup meilleur après avoir employé ce traitement pendant six semaines, au bout desquelles il demanda à sortir de l'hôpital, quoique ses mains n'eussent point encore acquis leur force naturelle.

CHORÉE.

Les deux malades affectées de chorée étaient deux jeunes filles de seize et de dix-sept ans, non réglées, et n'ayant senti jusqu'alors aucune incommodité qui eût pu être rattachée à un effort menstruel. Chez la première de ces filles, Angélique Schlachter, la maladie s'était manifestée sans cause connue. La seconde, Marie Grimm, paraissait rattacher le début de son mal à une frayeur que lui avait occasionée son père adoptif; c'est au moins là ce qu'on pouvait déduire des phrases sans suite qui lui échappaient.

Angélique était malade depuis quinze jours, lorsqu'elle entra à la clinique le 26 janvier 1835. Elle faisait les mouvemens les plus désordonnés avec les membres supérieurs et inférieurs; ces mouvemens n'étaient pas plus prononcés d'un côté que de l'autre; la malade ne pouvait ni marcher en ligne directe, ni saisir directement quelque objet; ses jambes et ses bras déviaient toujours, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Ces mouvemens convulsifs avaient lieu jour et nuit, presque sans interruption; seulement, ils diminuaient d'intensité plusieurs fois par jour. Le sommeil était presque nul. Les fonctions cérébrales ne paraissaient pas

troublées; l'appétit était diminué; les autres fonctions s'exécutaient régulièrement. Le pouls, qu'on ne parvenait que très-difficilement à sentir, à cause des mouvemens continuels, était légèrement accéléré.

Je prescrivis à cette malade le carbonate de fer, d'abord à la dose de deux, puis de trois et enfin de quatre gros par jour. Elle prit ce médicament pendant quelques semaines, et sortit guérie de l'hôpital le 9 mars, sans avoir pris d'autre remède, et sans que la menstruation se fût établie ou annoncée.

Marie Grimm entra à la clinique le 28 mars. Elle présentait des mouvemens spasmodiques bien moins intenses que la malade précédente, mais son intelligence était fortement troublée; elle ne prononçait que des phrases sans suite, qu'elle n'achevait même pas le plus souvent. Elle refusait les alimens, et il fut impossible de lui faire prendre le carbonate de fer, que je lui avais d'abord prescrit. Espérant alors agir favorablement sur son cerveau par le vomissement, je fis mettre quelques grains de tartre stibié dans sa boisson; elle vomit abondamment les deux jours qu'on parvint à la faire boire, mais sans changement dans son état de maladie. Je fis alors ajouter deux grains d'extrait de belladone à son café au lait, seule nourriture de la malade. Elle continua pendant une quinzaine de jours l'usage de la belladone. Ce médicament, qui réussit quelquefois dans la chorée, parut aussi agir favorablement chez notre malade; du moins les mouvemens involontaires disparurent peu à peu, mais l'aliénation mentale persista. Je quittai alors le service de la clinique, et quelques jours après la malade fut évacuée sur le service des aliénés.

Chez cette malade, j'aurais désiré pouvoir employer également le traitement qui a si bien réussi dans le premier de

nos cas. L'on sait que le professeur Elliotson, de Londres, regarde le carbonate de fer comme un spécifique dans la chorée, et il est vrai de dire que les cas de cette maladie que j'ai eu l'occasion de voir dans son service à l'hôpital Saint-Thomas, ont tous rapidement guéri. J'ai employé moi-même ce médicament avec succès chez plusieurs malades affectés de danse de Saint-Guy et de tic douloureux de la face; mais deux fois je l'ai vu échouer dans cette dernière maladie, et cependant je l'avais administré à fortes doses.

Ayant vu si bien réussir le carbonate de fer entre les mains de M. Elliotson, j'ai suivi ses préceptes pour l'emploi de ce médicament; dans les maladies spasmodiques dont je viens de parler, je le donne à la dose de deux gros à une once par jour, j'en ai même porté la dose jusqu'à dix gros et une once et demie. Uni à de la pulpe de pruneaux, sous forme d'électuaire, ce remède se prend assez facilement, et n'occasione aucun dérangement dans les fonctions digestives.

Rapport médico-légal sur un cas de fracture du crâne.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Strasbourg, sur la réquisition de M. le commissaire de police du canton Ouest de la ville de Strasbourg, nous sommes transportés aujourd'hui 22 février, à onze heures du matin, au caveau de l'hôpital civil, pour examiner le cadavre du nommé Laurent Gold, qui est dit avoir été tué dans la nuit du 20 au 21 de ce mois.

Voici le résultat de notre examen :

I. EXAMEN DU CADAVRE.

A) *Aspect extérieur.*

a) Cadavre d'un homme fortement musclé, âgé d'environ vingt ans.

b) On ne remarque aucun signe appréciable de décomposition putride.

c) On distingue une ecchymose, ayant à peu près 2 pouces de largeur et autant de longueur, située entre la partie droite de l'occiput et la partie supérieure droite de la nuque.

d) Épiderme enlevé à la partie supérieure du coude gauche; derme un peu pointillé de rouge dans la partie dénudée et desséché; pas de rougeur circonvoisine. Rien de semblable du côté droit du corps.

e) Nulle autre lésion appréciable à l'extérieur.

B) *Examen de la tête.*

a) Les tégumens du crâne ayant été séparés de la boîte osseuse, on a rencontré une ecchymose de 3 pouces de largeur, sur 2 ½ pouces de haut, occupant la face interne de la peau qui recouvre la région temporale et occipitale droites, et pénétrant dans les couches profondes du tissu cutané; on ne remarque pas de changement de couleur, ni en général aucune lésion à la face externe de cette portion de peau.

b) Ecchymose sous l'aponévrose du muscle temporal du côté droit, entre les fibres de ce muscle et entre le muscle et l'os; périoste de la région, également infiltré de sang.

c) Fracture des os du crâne: Une portion d'os de forme oblongue, large de 4 ½ pouces, haute de 3 pouces, est

détachée dans la majeure partie de son étendue, à l'exception de sa partie inférieure postérieure. Cette fracture correspond à la partie supérieure droite de la portion squameuse de l'occipital, à l'angle postérieur inférieur du pariétal et au bord inférieur de cet os; enfin, à la moitié postérieure de la portion écailleuse du temporal, par la portion mastoïdienne duquel ce fragment est resté attaché.

Au-dessus et au devant de cette portion d'os détachée, on remarque cinq fissures traversant l'os de part en part, dirigées en dehors, en arrière et en bas, et occupant la moitié antérieure du pariétal droit. Les deux fissures inférieures s'étendent en arrière jusque vers le point de rupture principal, et en avant jusqu'à la suture coronale. Les trois fissures supérieures, plus petites, se réunissent en bas et en arrière en une fissure unique, qui se termine également dans le point de rupture principal.

La grande portion fracturée n'est pas enfoncée d'une manière sensible vers la cavité du crâne; les points du pariétal correspondant aux cinq fissures, au contraire, présentent un enfoncement évident, bien qu'il ne soit pas considérable (environ 2 lignes).

d) Le crâne ayant été scié circulairement, de manière à enlever la calotte avec précaution, nous avons trouvé que les os du crâne sont en général un peu plus minces que chez le plus grand nombre des hommes. A l'endroit de la fracture, ils n'ont que 2 lignes d'épaisseur, tandis qu'ils ont ordinairement 2 ½ lignes à 3 lignes.

e) La dure-mère qui tapisse l'intérieur du crâne dans les points correspondans à la fracture, est décollée dans l'étendue de 5 pouces transversalement, et de 4 pouces dans le sens vertical: du sang est épanché entre cette membrane et le crâne dans ce point.

f) La dure-mère ayant été incisée, nous avons rencontré une infiltration de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère, et entre celle-ci et le cerveau, le long de la face externe, et un peu inférieure des lobes moyen et postérieur du côté droit.

g) Les autres parties de l'encéphale, telles que le cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et leurs annexes, examinées avec la plus scrupuleuse attention, n'ont pas montré la moindre altération. Les vaisseaux de la pie-mère n'ont pas contenu plus de sang qu'à l'état normal.

C) *Examen du canal vertébral.*

a) L'incision des muscles de la nuque nous y a fait découvrir, vers la partie supérieure et droite, du sang infiltré entre leurs faisceaux et dans leurs interstices : l'infiltration sanguine cesse vers le milieu de la nuque.

b) Nulle autre lésion dans les parties molles.

c) Les vertèbres, les membranes rachidiennes et les moëlles, tant alongée qu'épinière, sont dans un état parfaitement normal.

D) *Examen de la cavité buccale et des parties situées le long du cou.*

On n'y a rien découvert d'anormal.

E) *Examen de la poitrine.*

a) Le poumon droit est parfaitement sain.

b) Le poumon gauche est sain, quant à son tissu; mais adhérent à la plèvre costale dans une partie de son étendue, au moyen de fausses membranes anciennes et organisées.

c) Le cœur ne présente rien de particulier, pas plus que les gros troncs artériels ou veineux.

F) *Examen du bas-ventre.*

a) On n'y remarque encore aucun signe de décomposition putride.

b) Tous les organes contenus dans l'abdomen, tant ceux de la digestion que ceux de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine ayant été successivement examinés, ont été trouvés parfaitement sains.

c) L'estomac et les intestins contiennent des substances alimentaires, et tous les vaisseaux lactés sont gorgés de chyle.

II. RÉFLEXIONS.

I. *La fracture du crâne a été produite par un corps volumineux, arrondi, et agissant avec une violence considérable ;* car :

1° La peau n'a pas été entamée [B) a)];

2° Les os ont néanmoins été fracturés [B) c)];

3° Malgré la fracture des os, la commotion cérébrale (qui ordinairement est *en raison inverse* du degré de fracture) a été portée au plus haut degré possible.

II. *Direction du corps suivant laquelle le coup a été appliqué :*

1° Dans la direction d'une ligne oblique de haut en bas, d'avant en arrière, de dehors en dedans [A) c) B) a) b) c) C) a)];

2° Appliqué à la partie postérieure et inférieure de la face latérale droite du crâne, et de la partie supérieure et droite de la nuque [A) c) B) a) b) c) d) e) f) C) a)].

III. *Causes de la mort : Violence extérieure, agissant sur la tête. Cette violence a tué par la commotion cérébrale, à laquelle a pu venir se joindre la compression exercée par la portion d'os enfoncés et par le sang épanché.* Preuves :

1° Rapidité de la mort, démontrée par le défaut de gonflement des parties lésées [A) d) B) a)];

2° Lésions observées à la tête [B) c) d) e) f)];

3° Absence d'autres lésions sur ce sujet.

IV. *Un premier coup ayant été porté à Gold, celui-ci n'en a-t-il été qu'étourdi, de manière à tomber et à se fracturer le crâne par suite de la chute seulement? Tous les faits tendent à prouver le contraire :*

1° S'il y a eu un coup de porté, toutes les circonstances indiquent qu'il l'a été à droite et non pas à gauche; car, pour qu'un coup soit assez puissant pour terrasser un homme, il a dû être porté avec une grande violence. Or, les faits démontrent jusqu'à la dernière évidence que ce coup n'a pu être porté qu'à droite, attendu qu'on ne trouve à gauche aucune trace de coup; d'ailleurs, si un coup violent est porté *par derrière*, par exemple avec un bâton, il y a tout à parier qu'il l'ait été à droite, si celui qui le porte n'est pas gaucher.

2° L'écorchure du bras gauche indique que l'individu est tombé sur ce côté du corps [A) d)]. L'écorchure n'a pas existé long-temps avant la mort, car la peau n'est pas enflammée; elle n'est pas un effet cadavérique seulement, car la peau est néanmoins pointillée de rouge : elle a donc eu lieu dans les derniers momens où la vie des organes n'était pas encore éteinte, c'est-à-dire au moment de la chute.

3° La chute sur le côté gauche pouvait être prévue, parce qu'un coup sur le côté droit donne au corps une impulsion toute mécanique vers le côté gauche.

4° La fracture du crâne n'est donc pas une suite de la chute dans laquelle le côté droit de la tête serait venu se fracasser contre le sol.

5° Cette fracture n'a pas non plus eu lieu par contre-coup, à la suite d'une chute sur le côté gauche; car la multiplicité des fissures et la dépression des os à l'endroit

correspondant, indiquent que la cause fracturante a agi directement sur le coté droit [B) c)].

6° Une cause fracturante agissant sur le côté droit de la tête, explique la chute sur le côté gauche, abstraction faite de l'impulsion mécanique, attendu que les lésions des parties droites du cerveau paralysent les membres du côté opposé et déterminent constamment la chute vers ce côté. Il suffit que la mort n'ait pas été instantanée, bien qu'extrêmement prompte, pour que le côté droit du corps, conservant quelques forces, ait exercé sa prépondérance sur le côté gauche, dont la paralysie a été instantanée, de manière à ce que la chute se soit nécessairement faite vers ce dernier côté, comme on l'observe aussi dans les apoplexies foudroyantes.

En foi de quoi nous avons fait et signé le présent rapport.

Strasbourg, le 22 février 1835.

Cuntz, médecin cantonal;

E. A. Lauth, docteur-médecin, *rapporteur.*

Procidence du cordon ombilical observée à la clinique d'accouchement de la Faculté, et autopsie cadavérique de l'enfant, mort à la suite de cet accident, suivie de quelques réflexions; par J. F. Schuré, docteur-médecin.

Les observations isolées, quoiqu'en général peu propres à captiver l'attention du praticien, méritent cependant son intérêt dans certains cas, soit à cause de la rareté des faits qu'elles présentent, soit parce qu'elles peuvent servir à fortifier une théorie, ou à éclaircir quelques points obscurs ou contestés de la science. L'observation

que nous avons l'honneur de communiquer à nos confrères nous semble être dans ce dernier cas.

Les faits concernant la sortie prématurée du cordon ombilical pendant l'accouchement, ont été notés ou discutés, il est vrai, avec plus ou moins de soin, par les auteurs qui ont écrit sur cet accident; mais nous possédons très-peu d'observations qui nous transmettent les résultats fournis par l'examen nécroscopique des enfans qui ont succombé à la procidence du cordon, résultats qui sont de la plus grande importance pour l'explication physiologique de ce genre de mort et pour les applications pratiques qu'on pourrait en tirer. Cette considération nous a déterminé d'ajouter au petit nombre d'observations de cette espèce une nouvelle, que nous avons eu occasion de recueillir à la clinique de M. le professeur Stoltz. Nous la rapporterons avec quelques détails :

Madeleine H...., âgée de vingt-deux ans, mariée, enceinte pour la première fois, éprouva les premières douleurs de l'enfantement dans la soirée du 28 novembre dernier. Elle se trouvait alors chez elle, et appela une sage-femme, qui, arrivée à dix heures, et s'étant assurée de la marche régulière, quoiqu'un peu lente, du travail, n'en fit qu'observer d'abord les progrès. Cependant, à deux heures du matin, l'orifice utérin présentant une dilatation presque complète, et laissant fortement proéminer la poche des eaux, celle-ci se rompit soudainement pendant une exploration, et le flot du liquide amniotique entraîna dans le vagin une portion du cordon ombilical, battant avec force. La sage-femme dit avoir fait quelques tentatives de réduction, qui n'ont pas réussi; voyant alors que les contractions utérines continuaient, elle crut n'avoir rien de mieux à faire que de rester simple spectatrice. Elle igno-

rait sans doute que la femme à laquelle elle donnait ses soins étant une primipare, et la tête se trouvant à peine engagée dans le détroit supérieur, il n'était pas permis d'espérer que le travail se terminât assez promptement pour que la chute du cordon ne devînt pas funeste à l'enfant, et au lieu d'appeler un médecin, elle attendit tranquillement l'issue de la parturition. Cependant, vers quatre heures du matin, elle s'aperçut que les pulsations du cordon, dont une plus grande portion descendait à chaque douleur, avaient complètement cessé, et que, malgré les efforts soutenus de l'utérus, l'avancement de la tête n'avait fait aucun progrès.

Bientôt après, voyant que l'activité utérine épuisée se ralentissait aussi, elle paraît avoir administré du seigle ergoté (les renseignemens donnés par l'accouchée nous l'ont fait penser), mais sans en obtenir les résultats désirés.

Dans la matinée du 29, le travail s'arrêta enfin complètement, et la parturiente fut amenée à la clinique.

Entre onze heures et midi, nous constatons par notre examen, que la tête, fortement serrée dans l'excavation et n'ayant pas encore dépassé l'orifice utérin, se trouve arrêtée par le rétrécissement qui paraît exister dans le canal osseux qu'elle doit franchir; que la compression qu'elle éprouve a déjà produit un chevauchement considérable des os du crâne, et qu'une anse du cordon ombilical, comprimée entre la tête et le bassin, et ne présentant plus aucune pulsation, occupe le vagin. Les deux portions de cette anse se trouvent à deux endroits différens du pelvis: l'une est comprise entre la tête et la branche horizontale du pubis, et l'autre descend le long de la symphyse sacro-iliaque droite. Les douleurs que le transport en voiture a réveillées, et qui se manifestent de temps en temps, n'ont

aucune action sur l'expulsion du fœtus. L'état général de la femme est assez satisfaisant; ses plaintes lui sont principalement arrachées par l'inquiétude qu'elle éprouve sur l'issue du travail.

On ne put espérer une terminaison naturelle de ce dernier; l'emploi du forceps était indiqué : M. le professeur Stoltz y procéda immédiatement. L'application de la première branche éprouva quelque retard, moins par la présence du cordon qui n'exigeait plus tant d'égards, ses pulsations ayant cessé depuis long-temps, qu'à cause de l'état mince et tranchant du bord de l'orifice utérin, qui, appliqué étroitement sur la voûte du crâne, laissait glisser sur lui et dans le cul-de-sac du vagin l'extrémité de la cuiller, circonstance très-importante à noter pour le praticien, parce qu'elle prouve combien il est nécessaire, dans ces cas surtout, de surveiller avec les doigts les mouvemens que l'on imprime à son instrument, si l'on ne veut pas s'exposer à des accidens graves. L'introduction de la seconde branche se fit sans difficulté, et les deux cuillers étant ainsi convenablement appliquées sur la tête (qui était en première position du crâne), et étant réunies et fermées, des tractions méthodiques amenèrent bientôt cette dernière au détroit périnéal. Mais on ne put la faire avancer plus loin : l'anse formée par le cordon se trouvait tendue sur elle dans une direction oblique d'avant en arrière et la retenait comme une fronde, complication qui a déjà été observée plusieurs fois par les accoucheurs [1]

[1] Peu, *Prat. des accouch.*, p. 433 — 34; Pfeifer, *Gemeins. deutsche Zeitschr.*, etc., *V*, p. 90; Mende, *ibid.*, *VI*, p. 519, et Trefurt, *Neue Zeitschr.*, etc., B. II, p. 345, ont fait connaître des exemples de ce genre. — Cette variété de la procidence est la seule qui puisse arrêter la marche du travail.

On fut donc obligé d'en faire la section. La tête était alors prête à franchir l'orifice vulvaire, et l'instrument ayant été retiré, quelques bonnes douleurs ne tardèrent pas à la dégager. On attendit de nouvelles contractions, qui achevèrent l'expulsion du fœtus, après un délai de plusieurs minutes, occasioné par la difficulté qu'offrait le passage des épaules à travers le canal osseux rétréci. L'enfant était mort depuis au moins huit heures. L'expulsion du délivre ne se fit pas long-temps attendre. Le cordon ombilical avait une longueur normale; son bout fœtal, ainsi que la portion attachée au placenta, présentait des sugillations manifestes, qui paraissaient correspondre aux endroits où l'anse prolabée avait été comprimée par la tête.

M. le professeur Stoltz ayant bien voulu m'abandonner le petit cadavre, j'en fis l'autopsie avec soin le lendemain 30 novembre. Voici les résultats qu'elle m'a fournis :

L'enfant, du sexe masculin, très-fort, pesant 6 livres, et ayant 19 pouces de longueur, présente tous les signes extérieurs d'un développement parfait et à terme. Le diamètre antéro-postérieur de la tête mesure 4 pouces 3 lignes; le bipariétal, 3 pouces 3 lignes; l'occipito-mentonnier, 5 pouces 2 lignes. Desquammation *sèche* de l'épiderme sur le thorax, les épaules et le cou; ongles dépassant les phalanges; testicules descendus dans les bourses; existence du point d'ossification à l'extrémité articulaire inférieure du fémur. Lividité de la face et des extrémités des doigts; lèvres tuméfiées, violacées. La dissection de la peau décèle une congestion sanguine dans le réseau capillaire de cette enveloppe aux régions de la face et du cou; veines jugulaires distendues par le sang. Cavité pectorale non remplie par les poumons, qui sont affaissés contre la colonne vertébrale, de couleur claire

rosée, d'une consistance non spongieuse, nullement crépitans, gagnant parfaitement le fond de l'eau. Les vaisseaux pulmonaires *gorgés de sang*, le tissu pulmonaire lui-même contient un peu plus de sang qu'il n'en renferme ordinairement chez le fœtus; les vaisseaux coronaires présentent une congestion évidente; l'œil se plaît à suivre les belles arborisations qui rampent à la surface du petit cœur : les cavités de ce dernier sont presque vides de sang, ainsi que l'aorte; le trou de Botal est largement ouvert. L'examen de la cavité abdominale fait voir que le foie a été le siége d'une congestion assez considérable; le canal veineux est rempli de sang; le calibre des artères ombilicales est tel qu'on le rencontre chez les fœtus à terme : celles-ci étant incisées, on en peut exprimer du sang; les intestins sont remplis de méconium. L'aspect extérieur du crâne fait voir quelques empreintes produites par les cuillers du forceps, et un chevauchement considérable des deux pariétaux, du frontal et de l'occipital. Ecchymose circulaire uniforme, de 1 ½ pouce de diamètre, avec extravasation sous le cuir chevelu, près de la petite fontanelle. Extravasation de sang coagulé sous la dure-mère, correspondant au tiers postérieur du pariétal gauche (environ 1 ½ once de sang). Engorgement dans les sinus de la dure-mère. Le cerveau mou, et s'affaissant bientôt au contact de l'air, ne présente aucune infiltration dans sa substance; les ventricules sont à l'état normal; il n'y a aucune extravasation; les vaisseaux de la base du crâne sont peu congestionnés. La dissection du bout fœtal du cordon, à l'endroit où existait une sugillation très-prononcée, nous a montré que la tige vasculaire y avait subi une forte compression; les tuniques de la veine étaient ecchymosées dans la longueur de 1 ½ pouce;

il existait entre elles et les membranes qui embrassent les vaisseaux ombilicaux un coagulum épais de sang extravasé, qu'on ne pouvait confondre avec une dilatation variqueuse de la veine, parce que l'insufflation de cette dernière la fit gonfler sans changer l'aspect de la petite tumeur.

Pour compléter l'observation, il nous reste à dire que la mère, qui, dans les premiers jours de ses couches, était affectée d'une irritation vive de la matrice, est actuellement bien portante.

Ajoutons maintenant à cette observation les réflexions qu'elle nous a suggérées.

Nous nous sommes d'abord demandé quelle aurait été notre conduite si, appelé en temps convenable, nous avions pu recourir immédiatement même aux moyens propres à sauver la vie de l'enfant. Il est évident que la chute du cordon ayant eu lieu à une époque du travail où la dilatation de l'orifice utérin était très-avancée, et au moment même de l'écoulement des eaux, un accoucheur instruit aurait tenté tout d'abord de réduire le cordon déplacé, en se servant de la main et en cherchant à faire rentrer la corde vasculaire jusqu'au-dessus de l'endroit où l'application du segment inférieur de l'utérus sur la tête aurait pu la garantir d'une nouvelle chute. L'introduction de la main entière dans le vagin (nécessaire pour arriver à un pareil résultat), bien qu'elle eût été difficile parce que la femme était primipare, n'aurait pas été pour cela impossible; la réduction aurait été faite peut-être avec d'autant plus de succès, qu'une anse peu considérable occupait le vagin, et qu'elle était descendue à deux endroits différens de l'excavation. On aurait même pu avoir recours au procédé de Croft, qui consiste à porter la main réductrice avec le cordon jusqu'aux pieds du fœtus, pour

l'y accrocher, procédé qui est certainement préférable à la version; car celle-ci promet toujours peu de salut lorsqu'elle éprouve la moindre difficulté, ce qui arrive très-souvent. Elle aurait été tentée, dans le cas qui nous occupe, presque sans aucun espoir de succès, parce que l'on se serait assuré, par des explorations antérieures, de l'étroitesse qu'offrait le pelvis. Supposons qu'aucun procédé réducteur n'eût réussi, et que de nouvelles contractions eussent plusieurs fois fait redescendre le cordon; quel parti aurait-il fallu prendre alors? Si les battemens du cordon avaient encore subsisté avec une certaine vigueur, et si les contractions utérines avaient été fréquentes, soutenues et efficaces, on aurait pu attendre, jusqu'à ce que la tête eût été assez avancée pour permettre d'appliquer facilement le forceps, à l'aide duquel on aurait alors terminé le travail plus promptement que ne pouvait le faire la nature. Mais, comme l'étroitesse du bassin aurait pu empêcher cet avancement de la tête, il aurait peut-être fallu choisir de suite entre l'application du forceps, au détroit supérieur, et la version. Dans ces deux derniers cas le pronostic eût été grave, car le forceps aurait laissé peu d'espoir de sauver la vie du fœtus, à cause des lenteurs et des difficultés que l'extraction aurait entraînées, et il est presque certain que l'enfant aurait succombé si on avait préféré la version. On sait, en effet, que toutes les fois qu'un certain degré d'étroitesse pelvienne coexiste avec la procidence du cordon ombilical, celle-ci devient presque toujours mortelle pour le fœtus, à moins que la réduction de l'anse prolabée ne soit possible et qu'elle ne soit couronnée de succès.

Dans l'observation que nous avons rapportée, ce sont évidemment ces deux circonstances, l'étroitesse du bassin,

jointe à la procidence du cordon, qui ont concouru à faire périr le fœtus; cette dernière, en arrêtant la circulation fœto-placentaire, et l'autre en troublant les fonctions cérébrales par la compression à laquelle fut soumis le crâne. L'examen cadavérique a nécessairement dû trahir ces deux causes de mort; nous les retrouverons en nous rappelant les altérations qui ont été rencontrées. Les ecchymoses, les extravasations, l'engorgement des sinus crâniens étaient en effet le résultat de la compression qu'avait essuyée la tête lors de son passage à travers le détroit abdominal rétréci, et qui aurait suffi à elle seule pour amener la mort. Les autres changemens que nous avons notés appartiennent aux effets de l'arrêt de la circulation ombilicale. Mais quel est l'enchaînement qui existe entre les phénomènes de cet arrêt et la cessation de la vie[1]? C'est une opinion presque généralement admise par les physiologistes de nos jours, que le placenta est principalement un organe d'hématose pour le fœtus. Il s'ensuit que l'interception de la circulation dans le cordon doit empêcher la revivification du sang fœtal, et entraîner une mort analogue à celle qui, dans la vie extra-utérine, est la suite de l'interruption de la respiration, c'est-à-dire une véritable asphyxie, qu'on peut appeler *placentaire*, pour la distinguer de l'asphyxie pulmonaire. En effet, toute cette portion de la masse sanguine, qui, à l'état normal est transmise au placenta, au moyen des artères ombilicales, n'y arrive plus lorsque le

[1] Nous ne discuterons pas ici les différentes théories qui ont été émises sur les effets de la procidence du cordon, comme nous l'avons fait ailleurs (voy. *Dissertation sur la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement;* juin 1835); notre but est d'établir simplement quelques rapprochemens entre la théorie que nous admettons et les lésions qui ont été observées.

cordon se trouve comprimé; les veines-caves n'envoient plus dans l'oreillette droite que du sang impropre à l'entretien de la vie. La circulation, loin de s'arrêter, continue encore; le fluide non revivifié passe dans les deux ventricules, celui de droite le fait arriver dans l'artère pulmonaire, d'où il devrait se rendre en majeure partie dans le canal artériel; mais la fonction du placenta étant suspendue, il sera dirigé avec plus de force vers les poumons, en vertu de cet antagonisme qui paraît exister entre l'appareil pulmonaire et le gâteau vasculaire de l'œuf. Cependant, ce dernier ne pouvant encore répondre à l'action à laquelle il est invité, le sang s'accumule dans les vaisseaux pulmonaires, et arrive en partie dans l'arbre artériel gauche, qui a déjà reçu du sang, également non artérialisé, envoyé par l'oreillette et le ventricule du même côté. Les artères ne distribuant alors que du fluide impropre à la stimulation des organes, l'action de ces derniers sera bientôt suspendue, car le défaut d'excitation du centre nerveux entraîne rapidement la cessation de toutes les autres fonctions.

Cette théorie me semble confirmée par les altérations que l'on rencontre sur le cadavre et que notre observation nous a fourni l'occasion de constater. L'engorgement des vaisseaux pulmonaires a montré qu'une congestion s'était faite vers l'appareil respirateur, lorsque la fonction du placenta avait été troublée. La réplétion de ces vaisseaux a presque constamment été notée par les observateurs.

L'afflux considérable du sang que nous avons également pu vérifier dans le foie, est un phénomène qui se lie étroitement à celui qui a lieu dans les poumons. En effet, il est très-probable que le foie est un organe qui,

chez le fœtus, n'est pas entièrement étranger à l'hématose. Il faut y ajouter que l'arrêt du cours sanguin dans les artères ombilicales, produisant nécessairement un plus grand afflux dans les viscères abdominaux, et le retour d'une plus grande quantité de sang par les veines, accumule aussi, par ce simple phénomène mécanique, le fluide dont nous parlons dans la veine-porte et ses divisions dans le foie, organe très-parenchymateux et débouché naturel du sang qui revient des viscères de la digestion.

Les lésions que nous avons rencontrées dans le crâne pourraient peut-être fournir un argument pour ceux qui prétendent que la compression du cordon produit constamment et primitivement la mort par apoplexie; mais observons d'abord que les plus graves de ces lésions ne peuvent être attribuées à l'interception de la circulation dans le cordon : nous avons vu quelle était leur source. Puis rappelons-nous qu'aucune injection, aucun épanchement n'a été trouvé dans l'intérieur de la substance cérébrale ou dans les ventricules du cerveau. Il est vrai qu'on a souvent rencontré des signes apoplectiques dans les cas de mort par compression du cordon; mais dût-on les avoir notés toujours, cela ne prouvera pas encore que la congestion cérébrale est la cause primitive et unique de la mort; car il est facile de démontrer que cette congestion n'est que secondaire, et que si les troubles mécaniques qui suivent l'arrêt de la circulation ombilicale peuvent avoir quelque influence sur la répartition totale du sang, ils ne constituent pas pour cela une véritable pléthore. Une grande partie du sang fœtal ne se débouche plus, il est vrai, par les artères ombilicales, mais le fœtus cesse aussi d'en recevoir par la veine; car il est impossible d'admettre l'opinion défendue par quelques auteurs, qui

pensent que la compression du cordon ne fait qu'effacer la lumière des artères, de même qu'on ne peut défendre la théorie contraire, qui n'admet que l'oblitération de la veine seule, et qui fait mourir le fœtus d'anémie ou d'hémorrhagie. N'oublions pas surtout que l'interruption de la circulation entre le fœtus et le placenta n'entraîne pas, du moins d'une manière simplement mécanique, le trouble dans la circulation totale; celle-ci continuerait, si le défaut d'hématose dans le placenta ne venait à y mettre indirectement et dynamiquement un terme.

Nous terminerons par quelques réflexions qui se rattachent à la médecine légale. Supposons un instant que l'accouchement dont nous avons décrit les principaux phénomènes eût été clandestin, et que la mort de l'enfant eût fait planer des soupçons sur la mère et donné lieu aux recherches de la justice; le médecin, appelé à donner son avis sur ce cas, aurait-il pu déterminer, d'après l'examen nécroscopique du fœtus et d'après les éclaircissemens qu'il se serait procurés, les véritables causes de la mort et proclamer l'innocence de la mère; ou existe-t-il des circonstances qui auraient été capables de l'induire en erreur? Voilà ce qui nous semble intéressant à examiner.

Parmi les signes capables de faire reconnaître, après l'accouchement, qu'il y a eu procidence du cordon, il n'en est qu'un seul, qui, par sa présence, puisse faire présumer que cet accident a eu lieu; mais l'absence de ce signe ne peut jamais prouver le contraire, parce qu'il y a des cas où on ne le rencontre pas, je veux parler des sugillations du cordon produites par sa compression. Certes, un accoucheur expert qui aurait pu constater cette altération sur le fœtus soumis à son examen, et qui aurait en même temps su que la congestion qu'il a rencontrée

dans les vaisseaux pulmonaires et dans ceux du foie, sont ordinairement la suite de l'arrêt de la circulation ombilicale, se serait prononcé en faveur de la mort par procidence du cordon. On ne peut nier, en effet, que ces sugillations, quand elles existent, et surtout quand elles sont accompagnées d'autres circonstances capables d'établir quelque présomption, ne puissent faire affirmer d'une manière certaine que la mort de l'enfant a été la suite de la sortie prématurée du cordon. Il nous semble facile de distinguer ce signe d'autres lésions du cordon, et il est impossible de supposer qu'il pût être produit artificiellement par une mère criminelle.

Nous entrevoyons d'un autre côté qu'il aurait été possible de méconnaître l'accident, si le médecin avait négligé d'être attentif aux changemens que nous venons de considérer comme en étant des signes certains, et si, frappé de la gravité des lésions rencontrées dans le crâne, il en avait conclu que l'enfant a été la victime de violences exercées sur cette région. Supposons encore que l'accusée eût tenté de ranimer la vie de l'enfant dont elle venait d'accoucher secrètement, en insufflant de l'air dans les poumons, et que le médecin, confirmé dans son erreur par la supernatation et la crépitation de ces derniers, n'eût pas cherché à distinguer l'insufflation artificielle de l'infiltration aérienne, amenée par la respiration, il est clair qu'il aurait déclaré coupable une malheureuse innocente. Or, s'il est très-souvent difficile d'établir la distinction dont nous parlons, cette considération nous prouve au moins combien l'examen de pareilles questions exige de circonspection.

Essai sur l'esthiomène; Dissertation présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg et soutenue le mercredi 4 mars 1835, par J. Dietrich, d'Altenacht, département du Haut-Rhin.

Les bonnes Dissertations se présentent si rarement qu'il y aurait injustice et indifférence blâmables si l'on ne faisait pas connaître celles qui offrent quelque intérêt. Cette considération nous a déterminé à faire connaître celle-ci par une courte analyse critique. Le sujet qu'elle traite n'est pas nouveau, mais il ne l'avait pas encore été dans l'une des Thèses de la Faculté.

L'auteur regarde l'esthiomène comme une affection *sui generis* et distincte de toute autre lésion cutanée. Cette assertion nous paraît vraie sous le rapport de la forme, de ses progrès, de son mode de destruction et des parties auxquelles elle s'attache. Six observations, recueillies soigneusement, précèdent l'histoire de cette maladie, dans lesquelles on trouve les espèces principales d'esthiomène avec les résultats obtenus par le traitement.

La synonymie n'a pas été oubliée, elle est assez variée et nombreuse; l'on ne saurait s'en étonner parce que chaque auteur, d'après ses vues particulières sur sa nature, a cherché à lui donner un nom; mais généralement dans cette nomenclature on a cherché à signaler son caractère destructeur ou rongeant.

L'étiologie, comme dans les ouvrages de pathologie cutanée, ne pouvait présenter que du vague et de l'incertitude, nous ne la suivrons pas dans son développement; mais, avec M. Rayer, nous nierons la contagion de l'esthio-

mène, et comme la maladie peut se présenter dans des conditions si différentes et si opposées, chez les riches et les pauvres, chez des individus cacochymes ou en bonne santé, nous admettrons avec l'auteur une prédisposition organique et certaines causes déterminantes.

On a cru pouvoir l'attribuer à une dégénérescence particulière du virus syphilitique, ou à un levain syphilitique qui a vieilli dans l'économie, à la diathèse scrophuleuse, etc. Quoique l'esthiomène paraisse pouvoir se développer sans cette cause, sa fréquence chez des individus qui ont été atteints de syphilis dont le traitement n'a pas été suivi de guérison radicale, ou chez lesquels divers traitemens ont échoué, prêtent quelque fondement à cette opinion, de manière que dans bien des cas on ne sera pas disposé à admettre celle de M. Biett, qui croit que les maladies antérieures à l'esthiomène n'ont aucun rapport avec l'existence de celui-ci; et comment ne pas adopter la première opinion, lorsqu'il est prouvé que l'esthiomène se présente plus souvent chez les scrophuleux, chez ceux qui ont été atteints de syphilis ou d'une autre affection cutanée?

L'altération vitale qu'éprouve le tissu cutané dans cette maladie, n'est connue que par ses phénomènes, qui, quoiqu'ils annoncent une inflammation, ne permettent pas de n'y voir qu'une simple phlegmasie cutanée qui cède à l'emploi des anti-phlogistiques; elle offre quelque chose de spécifique, l'inflammation ne paraît en former que l'un des élémens; il faut y voir de plus un principe de destruction, un processus morbide, qui détruit en même temps que le tissu s'enflamme. Mais en quoi consiste cette altération? L'auteur n'est pas plus en état de répondre à cette question que ses prédécesseurs; des présomptions et des hypothèses ne la résolvent pas. On a accusé la lé-

sion des vaisseaux lymphatiques absorbans, la sécrétion et la transpiration insensible perverties ou viciées, l'altération des sucs séreux ou lymphatiques. Mais c'est assigner une cause sans preuves, aussi l'une pourrait, à l'aide du raisonnement, être rendue aussi probable que l'autre; à la rigueur on pourrait les adopter toutes sans inconvénient.

Quel est le tissu primitivement et essentiellement affecté? est-ce le tissu réticulaire de la peau, ainsi que le pense M. Alibert? Mais pourquoi celui-ci plutôt que tout le derme, ou tout ce qui entre dans sa composition? Moi, je vois dans l'esthiomène que le derme est malade dans ses propriétés organiques ou vitales, ses sécrétions et sa nutrition; que le mouvement de décomposition ou de conservation de la peau à l'état normal est perverti; que la nutrition et l'absorption y sont changées, et que par suite il en résulte une désorganisation de la peau avec des produits pathologiques.

On sait que la face est le lieu d'élection du lupus ou esthiomène; qu'on le rencontre aussi fréquemment au tronc et aux membres; que l'esthiomène térébrant a son siége le plus ordinaire sur l'une ou l'autre aile du nez, quelquefois à son extrémité. Nous ne répéterons pas avec l'auteur la définition, la division et la description de la maladie; il les a puisées à d'excellentes sources, et particulièrement dans les leçons de M. Biett, publiées par MM. Cazenave et Schedel. Le diagnostic, le pronostic et les complications y sont exposés avec méthode et clarté.

Dans la description d'une maladie, l'exposé de son traitement doit particulièrement exercer l'attention de l'auteur et subir de sa part une critique sévère. M. Dietrich s'en est acquitté d'une manière assez complète et avec discernement. Ce traitement ayant été trop souvent livré à l'em-

pirisme, il convenait de lui opposer une thérapeutique rationnelle, fondée sur l'expérience. Celle-ci a prouvé que le traitement local convient plus souvent à la guérison que le traitement général; que le traitement local est avantageusement secondé par des moyens internes et par des soins hygiéniques; que quelques substances très-énergiques exercent une action particulière sur les maladies opiniâtres de la peau; que les pommades iodurées ont une action puissante pour modifier l'état de l'enveloppe cutanée, indurée ou hypertrophiée; que dans les cas d'ulcérations, les préparations caustiques peuvent avantageusement remplacer parfois les précédentes; que les plus efficaces sont la pâte arsénicale, la poudre de Dupuytren, le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent; qu'avant toute médication, dans les cas où les parties sont enflammées et douloureuses, il faut faire cesser cet état, soit par l'application de quelques sangsues, soit par des cataplasmes narcotico-émolliens. On a préconisé une foule de moyens, mais aucun n'a mérité le nom de spécifique; il faut donc savoir les choisir et varier en raison de l'espèce d'esthiomène et de la cause générale ou constitutionnelle la plus probable chez l'individu qui en est atteint, et combiner ainsi le traitement local avec des moyens administrés à l'intérieur.

M. Dietrich regardant l'esthiomène comme une maladie *sui generis*, une dermatose qui a ses conditions d'existence *per se*, et en dehors de l'influence de la cause des scrophules, de l'action du virus syphilitique dans ses effets consécutifs ou dans son existence à l'état de pseudo-syphilis; il ne voit dans les observations de Bachelet, de Lendry (dissertation sur la *Dartre rongeante*, thèse de Paris, 1803), que des affections syphilitiques consécu-

tives, et non le véritable esthiomène, parce que tous les malades ont été guéris par l'emploi du deuto-chlorure de mercure et des calmans; de même, il ne voit dans les observations rapportées dans la clinique des maladies syphilitiques, par M. Devergie, que des ulcères rongeans qui n'ont pas offert les caractères de l'esthiomène, guéris par un traitement anti-phlogistique et sudorifique. Cette opinion exclusive de l'auteur me paraît hasardée; il est bien vrai que l'esthiomène peut exister *per se*, comme une dermatose idiopathique fixée et concentrée sur un point, y exercer ses ravages et n'avoir pour cause aucune des diathèses admises, aucun virus connu. Ce sera une maladie cutanée qui aura sa forme, ses caractères, ses lésions élémentaires et ses conditions d'existence dans la partie de la peau qui en est le siége, et dans les dispositions constitutionnelles non appréciables de l'individu; mais cette étiologie admise, on n'est pas autorisé à rejeter la possibilité d'existence de la même dermatose produite par une diathèse, un virus ou une maladie antérieure; car il y a tout autant de faits à l'appui de cette doctrine que pour celle que nous réfutons, et pourquoi l'une des causes susdites ne pourrait-elle pas exercer une action pathogénique sur le derme, et revêtir dans sa manifestation la forme de l'esthiomène, en présenter les lésions et les caractères distinctifs ou pathognomoniques? Si la syphilis négligée ou mal traitée peut donner lieu à une syphilide, je ne vois pas pourquoi la même cause ne pourrait pas donner lieu à une maladie cutanée, que l'on est convenu d'appeler esthiomène ou *lupus vorax*. En discutant l'opinion exclusive de M. Dietrich, je n'ai pas voulu abuser des ressources que le raisonnement peut fournir contre une assertion qui n'est pas susceptible d'une démonstration mathématique, mais

j'ai été entraîné par la gravité des conséquences pratiques auxquelles elle conduit naturellement si on l'adoptait dans tous les cas, car elle donnerait toujours la préférence au traitement local, et ferait négliger des indications thérapeutiques importantes déduites de l'existence probable d'une diathèse, d'un virus dégénéré, et on se priverait par là, dans bien des cas, de ressources curatives puissantes, indiquées d'après nous. L'auteur conseille de combattre d'abord l'état inflammatoire de l'esthiomène, avant d'en venir au traitement local par les pommades d'iodure de soufre et de mercure en frictions, sur les tubercules ou ulcérations. Lorsque l'esthiomène est ancien, rebelle, difficile à arrêter dans ses ravages, il veut que l'on emploie la poudre arsénicale du frère Côme avec toutes les précautions que commande son application, et il les fait connaître en détail, en prévenant de la nécessité de réappliquer souvent le même moyen en laissant un intervalle de quelques jours; car une seule cautérisation ne suffit pas ordinairement pour obtenir la guérison, il faut souvent y revenir un grand nombre de fois. Il fait connaître le traitement d'Hellmund (Rust, *Magaz.*, v. XIX, p. 56), qui modifie la composition de la pâte arsénicale d'après des vues et des raisons qui ne me paraissent pas plausibles; et dussions-nous mal voir à ce sujet, on ne pourra disconvenir qu'il propose pour remplacer la formule de la poudre arsénicale du frère Côme, modifiée par Dubois, trois formules compliquées ou polypharmaques.

La poudre de Dupuytren occupe aussi une place dans l'exposition des moyens caustiques; il fait connaître les cas dans lesquels elle mérite la préférence, et la manière de l'appliquer.

Le chlorure de zinc, employé d'après les indications

de Hancke et Rust, la même substance d'après M. le docteur Cancoin, figurent également parmi les caustiques que l'on pourrait employer.

L'emploi du vésicatoire dans certaines circonstances, peut être avantageux et mérite une attention particulière.

Les autres caustiques, tels que le nitrate acide de mercure, l'huile animale de Dippel, la pierre infernale et leur mode d'application n'y sont pas omis. La potasse caustique et le beurre d'antimoine n'ont pas offert la même efficacité. La cautérisation avec le fer rouge a presque constamment aggravé la maladie. La pâte et les préparations arsénicales ont conservé jusqu'à présent le premier rang, par les succès qu'on leur doit.

Après une exposition complète du traitement local, il trace celui dit intérieur, dans lequel il comprend les préparations arsénicales, l'huile animale de Dippel, la teinture de cantharides, l'iode, le muriate d'or, les tisanes sudorifiques, la tisane de Feltz, la décoction de Zittmann, le muriate de baryte, celui de chaux, l'iode, ces trois derniers lorsque l'esthiomène est compliqué de scrophules. On emploie ordinairement l'un ou l'autre de ces moyens concurremment avec le traitement local, suivant les indications puisées dans la considération de la constitution de l'individu, des maladies antécédentes et des traitemens antérieurs; mais on peut se demander pourquoi l'auteur indique-t-il des anti-syphilitiques, tels que le muriate d'or, la tisane de Feltz, la décoction de Zittmann, puisqu'il pense que dans tous les cas la syphilis consécutive ou dégénérée ne peut pas être la cause de l'esthiomène, et l'on pourrait en dire tout autant des anti-scrophuleux qui figurent dans cette thérapeutique.

Quoique l'auteur n'ait pas fait faire un pas de plus à la

science par le travail qu'il a publié sur cette maladie, il en a cependant donné une bonne description en puisant dans des ouvrages qui doivent leur existence à l'observation clinique, et il a écrit sur une maladie qu'il a vue et observée; et, grâces à cette circonstance, il a pu comparer et juger, avoir une opinion à lui et la présenter étayée d'observations qu'il a recueillies comme autant de faits confirmatifs. Sa Dissertation offre ce qu'il y a de plus complet sur le lupus, et on peut l'y étudier avec fruit. Un travail inaugural, écrit après avoir bien observé plusieurs fois la même maladie et médité les ouvrages qui en traitent, où l'auteur fait preuve de discernement et de critique, méritera toujours plus d'accueil et d'éloges qu'une Dissertation faite sur un sujet rebattu, sur une espèce nosologique, dénuée d'observations, ou sur une question de pure théorie. Il faut donc louer M. Dietrich d'avoir choisi ce sujet, et de l'avoir traité de manière à rendre son travail instructif et intéressant.

RISTELHUEBER.

Anatomisch-physiologische Untersuchungen über die Milz des Menschen, nebst den Angaben der ælteren und neuern Schriftsteller. — Recherches anatomiques et physiologiques sur la rate de l'homme, etc.; par J. C. H. GIESKER. (Zurich, 1835; in-8°.)

Trois cent cinquante-six pages pour traiter d'un organe dont la structure reste sujette à la controverse et dont les fonctions n'ont pas cessé d'être hypothétiques, même pour celui qui a lu avec attention l'ouvrage de M. Giesker; c'est, il faut en convenir, un luxe de paroles dont un lecteur

avare de son temps aimerait à se passer. Notez, que dans l'ouvrage que nous essayons d'analyser, il n'est question ni du développement embryonnaire de la rate chez l'homme ou chez les animaux, ni de son anatomie comparée, ni enfin de cet organe considéré sous le point de vue de l'anatomie ou de la physiologie pathologiques : autant de points de vue différens, autant d'ouvrages nouveaux que l'auteur nous promet! La grande étendue que nous reprochons à cet ouvrage, tient d'abord à la prolixité du style: c'est un défaut malheureusement trop commun. En second lieu, à ce que l'auteur a inséré dans son ouvrage bien des choses dont il eût pu se dispenser de parler : à quoi bon donne-t-il d'abord ce qu'il appelle fort élégamment une *onomatologie*, c'est-à-dire un dictionnaire de tous les mots composés de ceux de σπλὴν ou de *lien*? A quoi bon perdre vingt-sept pages pour donner des généralités sur la digestion que tout le monde connaît et qui n'ont aucun rapport direct avec le sujet? Enfin, l'auteur s'est peut-être trop complu à retracer l'historique de son sujet; c'est ainsi que l'exposé des opinions des auteurs sur les usages de la rate depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, n'occupe pas moins de 92 pages; ce qui n'empêche pas M. Giesker de revenir plus tard sur chacune de ces opinions, non que nous voulions blâmer les recherches historiques en général, mais plutôt la prolixité avec laquelle l'historique a été traité dans le cas particulier. Tels sont les principaux reproches que nous avons dû adresser à l'auteur de cet ouvrage, qui, nous nous hâtons de l'ajouter, mérite des éloges pour la véritable prédilection avec laquelle il a traité son sujet; espérons donc que les ouvrages qu'il nous promet dans la suite seront exempts des défauts que nous venons de signaler. Entrons maintenant dans quelques détails :

Après avoir donné la liste des ouvrages qui ont été publiés sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la rate (en tout 177 numéros), parmi lesquels nous aurions désiré voir figurer l'excellente dissertation de M. Siau-Lavigne, Strasbourg, 1821, in-4°, l'auteur aborde l'anatomie de l'organe. En parlant de la situation de la rate, le docteur Giesker décrit le ligament d'abord découvert par Haller, oublié depuis et de nouveau retrouvé par Phœbus, qui lui a donné le nom de ligament pleuro-colique. La fréquence des rates surnuméraires dépend peut-être du parfait isolement qui existe entre les branches de l'artère liénale dans toute leur distribution, en sorte que la rate se compose réellement de six à douze petites rates qui se sont collées les unes contre les autres; il en résulte que, par suite d'un arrêt de développement, une ou plusieurs de ces rates peuvent rester séparées des autres. L'auteur se fondant sur une expérience physiologique (la seule qu'il ait faite ou dont il soit question dans tout l'ouvrage), partage l'opinion de Bichat que l'acte de la digestion est sans influence sur les changemens de volume que l'on observe quelquefois dans la rate; il admet toutefois une congestion sanguine dans cet organe durant la digestion, mais pas assez forte pour vaincre la résistance de la tunique propre de la rate, en sorte qu'il n'y a pas augmentation de volume, du moins d'une manière appréciable. L'état de réplétion des vaisseaux du corps ou leur état exsangue est de même sans influence sur le volume de la rate. Les lymphatiques de la rate sont très-nombreux et très-gros; l'auteur veut en avoir vu un grand nombre à la surface de la rate humaine: sur ce point nos propres recherches ne sont nullement d'accord avec celles de M. Giesker: rien ne nous a semblé plus rare que de rencontrer quelques petits lymphatiques sur la rate hu-

maine, bien que nous n'ignorions pas que celle de beaucoup d'animaux, les ruminans par exemple, est recouverte des plus riches plexus.

Afin de voir et d'isoler plus facilement les gaînes que la membrane propre de la rate fournit aux vaisseaux qui pénètrent dans son intérieur, il convient de laisser séjourner l'organe pendant assez long-temps dans l'eau bouillante. Ces gaînes sont complètes, même autour des petites ramifications vasculaires: elles ne sont donc pas réticulées dans la demi-circonférence antérieure qui correspond à la position de la veine comme le croyait Malpighi. Les cellules que plusieurs anatomistes avaient admises dans la structure de la rate, n'existent pas: cette apparence est produite par les intervalles des filamens que forment les gaînes dans l'intérieur de l'organe pour soutenir les vaisseaux; tant que les dernières divisions en forme de pinceau par lesquelles se terminent les vaisseaux, sont gorgées de sang, on n'aperçoit pas de cellules; mais si l'on vide ces vaisseaux par la pression, ils s'affaissent, et les filamens simulent alors des parois de cellules.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, l'auteur a de nouveau vérifié qu'il n'y a pas d'anastomoses entre les branches ou les rameaux de l'artère splénique. Les derniers rameaux de l'artère se divisent brusquement comme un pinceau ou un faisceau de petits vaisseaux qui entourent un corpuscule et qui, arrivés au côté opposé de ce dernier, s'infléchissent pour devenir des veines qui se réunissent absolument de la même manière comme les artères s'étaient divisées. Le petit rameau veineux ainsi formé, entre dans la même gaîne de laquelle le rameau artériel était sorti. Les stigmates que Malpighi admettait dans la veine, ne sont que les points d'insertion de petites veinules dans les

grandes veines, et non pas des ouvertures de communication entre la veine et les cellules. L'artère étant beaucoup plus petite que la veine et garnie de parois bien plus épaisses, et la veine adhérant en outre fortement à l'artère dans l'intérieur de la rate, il résulte de cette disposition, que si l'on fend les veines en long par la paroi antérieure, on voit l'artère faire saillie dans son intérieur : de là l'opinion erronée que l'artère est placée soit dans l'intérieur de la veine, soit entre ses tuniques.

Les corpuscules que Malpighi a découverts dans la rate et dont la présence dans la rate humaine a mal à propos été niée par quelques anatomistes, existent réellement, et ne sauraient être confondus avec des hydatides ou des tubercules, car ils adhèrent toujours à un rameau artériel. On les voit le mieux de suite après la mort chez des individus décédés après un repas. Leur grandeur est celle d'un grain de millet. Ils sont formés d'une membrane dense et forte; leur intérieur est rempli par un liquide albumineux et ils sont entourés extérieurement par une lame cellulaire dans laquelle rampent les vaisseaux pénicillés dont nous avons parlé plus haut. Ces corpuscules doivent être considérés comme des glandes qui sécrètent le liquide albumineux contenu dans leur intérieur; les vaisseaux lymphatiques font probablement office de conduits excréteurs.

Après avoir exposé dans l'ordre chronologique les opinions qui ont été émises sur les usages de la rate, l'auteur groupe les opinions qui ont quelque analogie entre elles, pour en faire la critique.

A ceux qui prétendent que la possibilité de l'extirpation de la rate prouve son inutilité dans l'économie animale, l'auteur répond que l'on a aussi réussi à extirper le pancréas, que personne ne juge pour cela inutile. Au reste,

tous les auteurs ont observé après l'extirpation de la rate des phénomènes de santé troublée, seulement ne sont-ils pas d'accord entre eux sur l'indication de l'espèce de trouble qui a été remarqué.

On ne saurait admettre que la rate absorbe les liquides contenus dans l'estomac, car rien ne prouve le fait, et l'on ne voit pas par quelle voie se ferait cette absorption ainsi que le transport de la matière absorbée.

D'autres ont pensé que la rate contribue à la sécrétion du suc gastrique, qu'elle excite l'appétit et favorise la digestion, manière de voir que les faits ne permettent pas davantage de partager; on ne peut pas même admettre que cet organe contribue aux fonctions stomacales en tant que l'estomac plein comprime la rate dont le sang se porte alors vers le premier.

L'opinion de ceux qui considèrent la rate comme un réservoir de sang pour l'estomac et l'intestin, tombe si l'on considère qu'il n'est nullement prouvé que la rate est petite quand l'estomac est plein et *vice versa*.

La rate n'est pas non plus un réservoir de sang pour tout le corps. L'auteur ne saurait admettre qu'il y a des organes destinés uniquement à remédier aux troubles fonctionnels, parce que si (ce qui est du moins une chose possible) ces troubles ne se présentent jamais dans le cours de la vie, nous aurions là un organe tout-à-fait inutile. Au reste, rien ne prouve que tel soit l'usage de la rate; si, après son extirpation, il y a quelquefois des congestions, cela a lieu aussi après l'amputation d'un membre. La réplétion ou la vacuité de la rate ne sont d'ailleurs pas en rapport avec l'état de congestion ou de réplétion du système artériel, ou pas plus que les autres organes, et la rate est fort mal appropriée par sa structure à l'usage

qu'on lui suppose, parce qu'elle n'est pas élastique, tandis que les vaisseaux l'étant beaucoup, remplissent eux-mêmes parfaitement la fonction que l'on avait assignée à la rate.

Une foule d'auteurs ont pensé que la rate prépare le sang à la sécrétion de la bile; mais le sang de la veine splénique ne diffère pas du sang des autres veines, et l'extirpation de la rate est sans influence sur la sécrétion de la bile, etc.

Une dernière opinion émise sur les usages de la rate consiste à considérer cet organe comme étant en connexion particulière avec le système lymphatique. L'auteur admet cette connexion étroite, mais il ne saurait reconnaître de l'analogie dans la structure de la rate et celle des glandes lymphatiques. La grande quantité de sang artériel qui va à la rate parle en faveur de l'opinion de Tiedemann, qui admet qu'il y est sécrété une lymphe coagulable rougeâtre; mais il y a cependant trop de sang pour la quantité de lymphe qui y est sécrétée, car, par exemple, les reins sécrètent à peu près autant de lymphe, et de plus une énorme quantité d'urine (si la lymphe des reins égalait celle de la rate, l'exemple allégué nous semblerait mal choisi pour étayer l'opinion de Tiedemann; mais il importe, selon nous, de considérer surtout le haut degré d'animalisation de la lymphe splénique, bien plus que sa quantité); la rate doit donc avoir encore un autre usage. Or, sa connexion avec le système sanguin est aussi évidente que celle avec le système lymphatique, comme l'auteur cherche à le démontrer dans les conclusions suivantes:

Conclusions. 1° La rate est une glande, mais dépourvue de conduit excréteur; c'est un ganglion sanguin qui exerce son action sur le sang qui circule dans son intérieur.

2° Elle fait partie du système chylo-poiétique;

3° Elle participe par conséquent aussi aux fonctions de ce système: elle est plus riche en sang pendant la digestion; ses corpuscules, ses lymphatiques sont alors gorgés d'un liquide albumineux. Aussi est-ce pendant la digestion que se font sentir les inconvéniens qu'entraîne l'extirpation de la rate, et les maladies de cet organe influent d'une manière nuisible sur la digestion et la nutrition. La rate ne peut exercer son influence qu'en agissant sur le chyle et sur le sang. De là les connexions organiques avec les systèmes lymphatique et sanguin.

4° La rate est en connexion avec le système lymphatique: en effet, on ne la rencontre également que chez les animaux vertébrés; elle est toujours en rapport de volume avec le système lymphatique; elle reçoit une quantité prodigieuse de lymphatiques; enfin, elle paraît remplir des fonctions analogues à celle des glandes lymphatiques, car si elle est extirpée, celles-ci augmentent de volume.

5° Mais elle est également en connexion intime avec le système sanguin, car elle n'existe que chez les animaux qui ont un véritable sang; elle reçoit une énorme quantité de sang, et les maladies de la rate influent d'une manière notable sur la composition de ce liquide (cela nous semble être une conséquence forcée de l'influence de la rate sur le chyle). C'est plus spécialement avec le système de la veine-porte que la rate est en connexion: la rate et le système de la veine-porte apparaissent en effet ensemble dans la série animale. Elle se développe chez l'embryon, à la même époque que le système de la veine-porte (? on admet généralement que la rate paraît plus tard); les veines de la rate forment la plus grande branche de la veine-porte; les maladies de la rate donnent toujours lieu à des maladies

du système de la veine-porte et *vice versa*. (Il faudrait d'abord savoir d'une manière bien précise ce qu'il convient d'entendre par maladies du système de la veine-porte.)

6° La rate exerce une influence spéciale sur le chyle, en sécrétant une lymphe particulière qui est versée dans le canal thoracique : la rate sécrète proportionnellement une plus grande quantité de lymphe que ne le font les autres organes ; cette lymphe se coagule plus vite et plus complètement, et rougit plus fortement à l'air que la lymphe des autres organes ; quelquefois cette lymphe est déjà rougeâtre quand elle est encore contenue dans les lymphatiques ; on y trouve un plus grand nombre de globules que dans la lymphe ordinaire. Tout le sang qui entre dans la rate ne servant pas à la nutrition de l'organe, la lymphe de la rate ne consiste pas comme celle des autres organes dans le résidu de la nutrition et dans les débris du mouvement de décomposition, mais elle est la lymphe la plus pure, sécrétée du sang artériel, et formée d'albumine et de fibrine dissoutes ; les changemens survenus dans le chyle après son mélange avec cette lymphe, démontrent l'influence de cette dernière.

7° La rate exerce une influence notable sur le sang qui la traverse et par conséquent sur le sang de la veine-porte. — Autant nous partageons l'avis de l'auteur quand il défend l'opinion de Tiedemann sur les fonctions de la rate, autant les argumens qu'il produit pour rattacher cet organe d'une manière plus particulière au système veineux nous paraissent forcés ; car, à quoi bon nous apprendre que la rate transforme en sang veineux le sang artériel qui la parcourt ! Est-ce là une spécialité d'action ? Après cela l'auteur admet comme démontré que la rate est une glande sanguine, et doit par conséquent exercer une influence

plastique sur le sang qui la traverse (?!); ce sang doit être le sang veineux le plus pur (ce qui est en opposition avec ce que l'auteur a dit plus haut, en affirmant que le sang de la veine splénique ne diffère pas du sang des autres veines), parce que presque rien n'en est distrait pour la nutrition ni la sécrétion (l'auteur oublie qu'il a prouvé que la rate sécrète de la lymphe en abondance), et qu'il n'est pas ajouté à ce sang des substances étrangères venues du dehors. Toutes les substances déposées dans l'intestin et susceptibles de se dissoudre, entrent dans la veine-porte soit par l'absorption veineuse, soit par les communications des veines avec les lymphatiques. Mais comme ces substances doivent servir à augmenter plus tard la masse du sang, il faut qu'elles soient plus complètement assimilées ou bien rejetées au dehors : or, une pareille assimilation unie à une excrétion se fait dans le foie; car les expériences font voir que des substances injectées dans les veines ordinaires et capables de produire alors des accidens ou même la mort, peuvent l'être sans inconvénient dans la veine-porte; or la connexion intime de la rate avec le système de la veine-porte rend vraisemblable que c'est elle qui prend part à cette action (?); de plus la quantité relative des substances étrangères introduites dans la veine-porte est diminuée par le mélange avec le sang pur de la veine splénique.

8° En agissant sur le chyle et le sang de la veine-porte, la rate produit l'assimilation des substances absorbées. Cette proposition ne souffre pas de difficulté quant au chyle, qui devient d'autant plus semblable au sang, qu'on l'examine plus haut, surtout jusqu'au point où il a été mêlé avec la lymphe de la rate. La preuve est plus difficile à fournir, quant au sang (nous le croyons bien!) : l'auteur donne entre

autres pour preuve l'introduction du venin de la vipère, du virus rabique, etc., qui est sans danger quand elle a lieu dans l'intestin; mais nous pensons que ce fait s'explique tout aussi bien si l'on admet que ces substances ont été digérées, et par conséquent transformées en chyle, au lieu d'être absorbées de toutes pièces et avec leurs qualités primitives. Quant aux autres preuves alléguées par l'auteur, elles rendent, à la vérité, vraisemblable que le foie contribue à l'hématose, opinion professée par une foule de physiologistes, mais non pas que la rate est pour quelque chose dans cette action.

La substance albumineuse contenue dans les corpuscules de la rate est composée de globules, qui, suivant J. Müller, ont le volume des globules du sang, mais qui ne sont pas aplatis comme ces derniers. Ces globules ne pouvant pas traverser les parois, se sont donc formés dans l'intérieur des corpuscules, dans lesquels l'albumine a dû pénétrer à l'état liquide; ces globules y sont imprégnés de la matière colorante du sang qui pénètre également à l'état de dissolution dans l'intérieur des corpuscules. Les globules sont probablement entraînés avec la lymphe et mêlés au chyle.

Nous le répétons, la lecture de l'ouvrage de M. Giesker nous a fait voir qu'il a dû parcourir bien des livres pour faire le sien; cet ouvrage pourrait donc présenter un intérêt tout particulier pour nos estimables compatriotes, qui, à de rares exceptions près, ne sont pas forts sur le chapitre de l'érudition; mais, d'un autre côté, nous aurions désiré que l'auteur se fût plus souvent produit lui-même dans son ouvrage, qu'il eût tenté un plus grand nombre d'expériences physiologiques (il n'en a fait qu'une sur trois animaux) et surtout qu'il se fût montré plus sobre d'explica-

tions basées sur des soupçons, lesquels eux-mêmes ne reposent souvent que sur des suppositions : avec une pareille manière de philosopher on va loin, sans contredit, tout comme on peut aller loin en rêve ; mais vienne le réveil, et l'on verra que tout n'a été qu'illusion.

E. A. Lauth.

Ueber die Einsackung und Einsperrung der Nachgeburt und eine hæufig vorkommende Art des Abortus. — De l'enchatonnement et de l'incarcération du placenta, et d'une espèce particulière d'avortement; par J. V. L. Riecké, docteur-médecin. (Stuttgart; 29 p. et fig.)

Tel est le titre du mémoire présenté à la réunion des naturalistes et des médecins de l'Allemagne, au mois de septembre 1834, par le docteur Riecké, médecin en chef du bailliage de Stuttgart.

Ce mémoire présente d'autant plus d'intérêt, que les principes qui y sont développés reposent sur une expérience de passé quarante années. Nous aurions désiré le communiquer en entier à nos lecteurs, mais il aurait occupé trop d'espace. Les extraits que nous en avons faits donneront une idée de l'ensemble de ce travail, en même temps qu'ils feront connaître ce qu'il renferme de plus intéressant.

Suivant M. Riecké, la vraie cause de l'enchatonnement du placenta n'était pas bien connue jusqu'à lui par les raisons suivantes :

1° Parce que ce cas ne se présente presque jamais dans

les établissemens publics, attendu qu'il est très-rare d'y rencontrer des femmes qui ont déjà procréé plusieurs enfans;

2° Parce qu'ordinairement les sages-femmes évitent, autant que possible, de faire appeler à leur secours un accoucheur;

3° Parce que de nos temps le nombre des accoucheurs a tellement augmenté, qu'aucun d'eux n'a plus une pratique assez étendue pour lui procurer une grande expérience dans cette partie.

L'incarcération du placenta, dit M. Riecké, est produite par le col, tandis que l'enchatonnement s'opère au fond de la matrice, ce qui forme deux cas tout-à-fait différens. L'incarcération se fait par une contraction violente du cercle de l'orifice interne de l'utérus, tandis que l'enchatonnement est basé sur les rapports de l'œuf avec la matrice dès le commencement de la grossesse.

Ni l'un ni l'autre de ces deux cas ne reconnaissent pour cause déterminante un spasme; cependant cet état spasmodique peut les accompagner l'un et l'autre.

Voici les analogies entre l'incarcération et l'enchatonnement:

1° Dans les deux cas, le placenta est retenu dans la matrice;

2° L'hémorrhagie peut avoir lieu dans l'enchatonnement comme dans l'incarcération, cependant elle est plus fréquente dans le premier;

3° Les tranchées sont très-douloureuses dans l'un et dans l'autre cas; cependant elles le sont encore plus dans l'enchatonnement, parce qu'elles ne peuvent pas vaincre l'obstacle, tandis que de fortes contractions peuvent quelquefois surmonter l'incarcération;

4° Il peut y avoir étranglement d'une portion de l'arrière-faix dans les deux cas : le plus souvent on l'observe dans l'enchatonnement.

I. *De l'enchatonnement du placenta.*

L'enchatonnement du placenta se rencontre *toujours à l'insertion des trompes*[1] *et souvent dans l'intérieur des trompes même.*

M. Riecké admet trois degrés d'enchatonnement. Dans le *premier*, le placenta est détaché et se trouve dans la matrice; le chaton ne contient qu'une petite portion des membranes qui sont fermes, et se laissent extraire sans que l'on soit obligé d'introduire un doigt pour les détacher; dans le *second*, la poche est plus grande, et renferme, outre les membranes, une portion du placenta; dans le *troisième*, la presque totalité ou toute la masse du placenta est enchatonnée.

Les parois de la poche sont d'autant plus minces que celle-ci est plus grande. Dans la plus forte dilatation, ces parois ne sont guère plus épaisses qu'une carte à jouer.

Quand la poche ne renferme que des membranes ou une petite portion du placenta, elle disparaît aussitôt qu'on les en a extraites. Si, au contraire, la majeure partie ou la totalité du placenta y est logée, on trouve souvent, pendant plusieurs jours encore, la matrice plus développée et inégale de ce côté.

L'auteur explique de la manière suivante la formation primitive de l'enchatonnement. Quand l'ovule rencontre

[1] Cette théorie fondamentale a déjà été émise et expliquée dans la Thèse de M. le professeur Stoltz : *De la Délivrance;* 1834; in-4°, p. 36.

quelque difficulté à son passage par la trompe par suite du resserrement du sphincter qui la ferme du côté de l'utérus, et que la portion, tant de la matrice que de la trompe qui se trouve derrière le sphincter, se dilate, l'œuf s'arrête à cette place, s'y fixe et prend de l'accroissement. Peu à peu le sphincter est forcé de lui livrer passage; mais à cette époque l'œuf est déjà trop intimement uni aux parties avec lesquelles il était en contact, pour arriver entièrement dans la cavité de la matrice. La portion qui a passé dans la cavité de l'utérus s'y développe peu à peu, et avec elle le fœtus.

La portion du placenta renfermée dans la trompe est d'autant plus grande que celle-ci a été plus dilatée avant la descente du reste de l'œuf dans l'intérieur de la matrice. D'un autre côté, les parties de membranes fixées dans la trompe restent plus épaisses, parce qu'elles sont mieux nourries et moins distendues que celles contenues dans la matrice, qui sont frêles, minces et se rompent presque toujours dès le commencement du travail.

Lorsqu'après la naissance de l'enfant la matrice revient sur elle-même pour chasser l'arrière-faix, elle se contracte et avec elle le sphincter de la trompe; mais les parois de la cavité contre nature de la trompe ne peuvent pas se contracter avec la même force; de là résulte l'enchatonnement. Le sphincter de la trompe trouvant dans la portion du placenta qui le traverse un obstacle à suivre la contraction de la matrice, il en résulte des douleurs plus vives, que l'on a appelées spasmodiques.

Telle est, suivant M. Riecké, le mode de formation de l'enchatonnement. En voici les signes distinctifs :

Lorsque dans le premier degré d'enchatonnement on enlève l'arrière-faix immédiatement après la naissance de

l'enfant, les membranes restent d'ordinaire dans le chaton, et il en résulte non-seulement des tranchées qui durent très-long-temps, mais encore des lochies abondantes, plus long-temps sanguines, et se prolongeant beaucoup plus qu'à l'ordinaire. Le plus souvent la femme sent dans la région inguinale une douleur, une tension incommode, jusqu'à ce qu'après un temps plus ou moins long, qui peut durer des semaines et des mois, il parte des membranes corrompues : alors le calme renaît.

Mais lorsque la cavité anormale de la trompe renferme, outre les membranes, une portion du placenta, on observe toujours des arrières-douleurs très-fortes, ordinairement avec perte de sang ; et l'on reconnaît à travers les parois du bas-ventre le fond de la matrice un peu plus volumineux d'un côté, avec une espèce d'appendice en forme de corne, et quelquefois on est même porté à croire à l'obliquité de l'utérus.

Si la portion enchatonnée du placenta est encore plus grande, on peut reconnaître facilement cette partie de la matrice, quand même le reste n'est plus contracté ; car, pendant les tranchées, celui-ci n'acquiert jamais la dureté de la portion qui est le siége de l'enchatonnement.

C'est de cette manière que l'on peut reconnaître à travers les parois du ventre que l'enchatonnement existe, et quelle est celle des deux mains qu'il faut employer pour opérer ; car il faut se servir de la main droite si l'enchatonnement est à droite, et *vice versa ;* ce qui est très-essentiel : en agissant autrement, on risquerait de ne pas pouvoir retirer toutes les membranes et de laisser même une portion du placenta dans l'utérus.

Voici ce qui arrive lorsque la délivrance ne se fait pas naturellement :

1° Les membranes se rompent ordinairement par l'effet des premières douleurs, quelquefois même avant, rarement plus tard, et seulement quand l'enchatonnement est peu considérable; mais en général elles se rompent toujours plutôt qu'à l'état normal;

2° L'enchatonnement ne se rencontre jamais dans un premier accouchement, rarement à un deuxième, et presque aussi rarement au troisième;

3° Il se rencontre plus souvent chez les femmes qui accouchent coup sur coup, que chez celles qui deviennent enceintes à des intervalles éloignés;

4° L'enchatonnement est toujours plus considérable lors du dernier accouchement que dans tous ceux qui ont précédé;

5° Lorsqu'il n'existe pas du même côté à chaque grossesse, le chaton ne devient jamais plus grand que pour contenir le quart environ du placenta;

6° Chez quelques femmes, l'enchatonnement ne peut se former que d'un côté, et si le placenta s'insère au côté opposé, cet accident ne peut pas avoir lieu;

7° Lorsqu'il a lieu plusieurs fois de suite du même côté, la cavité augmente progressivement, et contient chaque fois une plus grande portion du placenta;

8° Si les douleurs ont été très-fortes pendant l'accouchement, les arrières-maux le seront également, et s'accompagneront d'hémorrhagie, sans que la délivrance s'en suive; mais si l'accouchement a été lent, et que les contractions ont été faibles, les tranchées seront peu fortes, et la perte sera peu abondante;

9° Si l'accoucheur se contente de retirer la portion du placenta enchatonnée, il peut résulter de la rétention des membranes les accidens déjà mentionnés.

Les causes ci-dessus énoncées, et que M. Riecké croit être celles qui déterminent l'enchatonnement, l'ont également conduit à reconnaître une espèce particulière d'avortement. Voici comment l'auteur raisonne :

Si dans le cas où l'œuf s'est arrêté dans la trompe, à son entrée dans l'utérus, la majeure partie de l'œuf y est contenue, il n'y aura que la portion des membranes qui fait saillie dans la cavité utérine qui sera susceptible de céder et de se dilater, elle devra alors nécessairement s'amincir en proportion. Cette disproportion d'épaisseur et de résistance des membranes est très-sensible lors de la naissance de l'enfant; celles qui entouraient le fœtus sont très-minces, tandis que celles qui étaient contenues dans la niche formée par la trompe sont trois à quatre fois plus épaisses. Le plus petit effort peut donc occasioner la rupture de la portion des membranes qui proéminent dans l'utérus, et de là l'avortement.

Suivant M. Riecké, cette espèce d'avortement est caractérisée par les particularités suivantes : Sans que l'on s'y attende, et sans aucun symptôme précurseur, la femme perd un peu d'eau par le vagin. Quelques heures plus tard, il s'établit un écoulement sanguinolent, qui dégénère bientôt en hémorrhagie. Si l'avortement a lieu avant la dixième semaine, l'embryon part avec les eaux et les premiers caillots de sang; s'il arrive plus tard, le fœtus est expulsé séparément et avec des douleurs.

Quand on palpe alors le bas-ventre, on rencontre derrière le pubis la matrice molle; mais il se trouve dans une des régions inguinales une tumeur élastique, qui pourrait faire présumer un ovaire malade.

L'hémorrhagie continue pendant plusieurs jours, malgré l'emploi de tous les moyens indiqués, jusqu'à ce qu'en-

fin la portion membraneuse de l'œuf soit expulsée : en même temps la tumeur élastique, qu'on avait trouvée dans la région iliaque, disparaît.

Lorsque les parois du bas-ventre ne sont ni trop épaisses ni trop tendues, on peut suivre jour par jour l'arrivée de l'arrière-faix dans la matrice ; et quand la tumeur que formait le chaton a presque entièrement disparu, on peut dire avec assurance que la délivrance s'opérera dans les vingt-quatre heures.

Lorsque l'avortement a lieu entre la sixième et la quatorzième semaines, ce qui arrive le plus souvent, la délivrance se fait spontanément d'un seul coup et sans accident ; dans des cas plus rares, elle se fait peu à peu avec les lochies, plus rarement encore elle tarde long-temps à s'opérer.

Si l'avortement a lieu lorsque le placenta a déjà commencé à se former, la délivrance est accompagnée de nouvelles douleurs et d'hémorrhagie.

Après avoir parlé de l'avortement occasioné par la rétention partielle de l'œuf dans la trompe, l'auteur revient à l'enchatonnement, pour dire comment il se conduit dans ces sortes de cas, et il résume sa pratique de la manière suivante :

1° S'il existe une hémorrhagie très-forte, l'accoucheur n'a point d'autre choix que la dilatation de la constriction et l'extraction du délivre ;

2° Si l'hémorrhagie est peu abondante, et qu'elle puisse être arrêtée par des fomentations froides et autres moyens, il est plus prudent de laisser passer les plus fortes tranchées, et d'opérer la délivrance quelques heures plus tard. Lorsque le sphincter de la trompe et la matrice elle-même seront plus flasques, et les arrières-douleurs moins

fréquentes et moins fortes, l'extraction se pratiquera plus facilement et la femme en souffrira moins;

3° Dans l'un et l'autre cas, on ne doit pas négliger de faire l'extraction des membranes contenues dans la cavité anormale. Si l'orifice de cette cavité se referme aussitôt que le placenta en est extrait, il n'est plus nécessaire d'y porter de nouveau les doigts, car les membranes qui y sont contenues, sont tellement fortes et épaisses, qu'on peut tirer dessus et en faire l'extraction sans crainte de les déchirer. Quand on sait que la femme est disposée à l'enchatonnement, il faut rester auprès d'elle pendant tout le temps que dure le travail, et opérer la délivrance immédiatement après l'expulsion du fœtus, c'est-à-dire avant que de nouvelles contractions aient occasioné l'occlusion de l'orifice du chaton.

4° Si, dans le premier degré de l'enchatonnement, le placenta seul a été extrait, tandis qu'il a fallu abandonner les membranes, des fomentations aromatiques vineuses sur le bas-ventre, d'abord froides et puis chaudes, en accélèrent l'expulsion.

II. *De l'incarcération du placenta.*

L'incarcération du placenta par le resserrement du col de la matrice a lieu:

1° A la suite d'avortement, quand le segment inférieur de la matrice n'est pas convenablement dilaté;

2° A la suite de l'accouchement à terme, quand le cercle de l'orifice interne se contracte outre mesure, pendant que le reste du col reste flasque. Alors le vagin et l'orifice externe du col forment ensemble une espèce d'entonnoir, tandis que l'orifice interne se trouve si haut qu'on ne par-

vient quelquefois à le toucher qu'en introduisant la main entière dans le vagin. Dans la plupart des cas cependant il peut être atteint avec le doigt, et l'on y trouve une portion du placenta qui y est engagée; d'autres fois le placenta est seulement appliqué sur lui, d'autres fois encore on n'en trouve aucune trace.

1° L'incarcération a le plus souvent lieu, lorsque le cordon est inséré au bord du placenta, ce qui fait que cette partie plus épaisse reste dans l'intérieur de l'utérus, tandis que la partie la plus mince du placenta s'engage dans l'orifice interne;

2° On rencontre surtout le placenta, appliqué seulement sur l'orifice utérin, quand il est plus résistant qu'à l'ordinaire par suite d'un état cartilagineux ou d'incrustation calcaire;

3° On ne le trouve pas du tout lorsqu'il a contracté des adhérences contre nature avec la matrice.

Dans le premier cas, on peut extraire le délivre en exerçant sur lui des tractions légères; dans le deuxième, on y parvient encore en allant, avec quelques doigts, saisir le placenta par son bord pour l'amener dans l'orifice; dans le troisième cas, il faut introduire la main entière pour le détacher. Si cependant l'orifice interne du col de la matrice offrait trop de résistance, il serait plus prudent d'abandonner la délivrance à la nature, ou d'attendre au moins que les plus fortes tranchées fussent passées.

Si l'orifice interne est très-élevé, il est très-difficile d'introduire la main; il faut alors, par des frictions sur le fond de la matrice, tâcher de faire contracter celui-ci afin de vaincre la résistance de l'orifice.

S'il survient une hémorrhagie, le cercle de l'orifice se relâche, et l'introduction de la main devient plus facile.

Dans l'avortement, et dans beaucoup d'accouchemens prématurés, on ne peut pas introduire la main sans employer beaucoup de force; dans ce cas il faut attendre que l'on puisse saisir une portion du placenta avec les doigts, ce qui n'arrive ordinairement qu'au bout de quelques jours et après des pertes abondantes.

La contraction du cercle de l'orifice interne du col peut être augmentée d'une manière considérable :

1° Par des manœuvres maladroites, surtout quand on veut dilater forcément: ces tentatives irritent le col, l'engorgent, et empêchent d'opérer la délivrance ou la rendent au moins très-difficile;

2° Par une affection rhumatismale de l'utérus, lorsque de suite après la sortie de l'enfant, les parties externes de la génération encore dilatées sont exposées à un courant d'air froid, etc. Dans ce cas, toute manœuvre ne peut qu'augmenter le spasme, toute tentative est inutile; l'unique ressource consiste à prescrire les médicamens indiqués, et la délivrance s'opérera après six, huit ou douze heures de temps.

Z.

Bemerkungen über den Brand der Kinder, etc. — *Remarques sur la gangrène des enfans*, par A. L. Richter. (Berlin, 1834; broch. in-4° de 22 p.)

Ce mémoire de Richter complète une monographie sur le cancer aquatique (stomatite gangréneuse), publiée à Berlin, en 1828, par le même auteur, avec des notes complémentaires publiées en 1832.

Une autre monographie a été publiée, en 1830, sur la même maladie, par Wiegand.

Richter admet trois formes de la gangrène des enfans, distinctes selon le lieu qu'occupe la maladie; savoir :

La gangrène de la bouche, cancer aquatique ou noma;

La gangrène de l'orifice externe du vagin chez les jeunes filles, *œdœoitis gangrænosa;*

Les taches gangréneuses de la peau des nouveau-nés, gangrène des nouveau-nés, *necrosis infantilis* (Sauvages).

Ces trois affections ont de commun qu'elles ne se rencontrent que chez des enfans en bas âge, qui sont dans des conditions hygiéniques défavorables, et qui présentent des dispositions fâcheuses, par suite de dyscrasies ou de débilité quelconques. Elles coexistent quelquefois sur le même individu, et la maladie, quoique se localisant différemment, se termine constamment, soit par une affection colliquative générale, soit par la séparation des parties mortes.

L'auteur s'occupant d'abord de sa première forme, distingue le noma scorbutique, le noma gastrique et le noma métastatique, selon les maladies antérieures ou efficientes dont le noma n'est que l'issue, le symptôme de terminaison, la localisation.

Il décrit chaque variété en particulier. Nous ne le suivrons pas dans cette distinction, qui nous paraît peu essentielle quant au diagnostic, et qui n'a pas même une grande valeur pour le traitement.

La gangrène de la bouche débute par un abattement général; de la somnolence, sans sommeil paisible; de l'inappétence, de la soif, divers symptômes de désordre dans les fonctions digestives, une fièvre irrégulière. Les prodromes durent de huit à quinze jours, au bout des-

quels l'invasion se fait sentir par une rougeur érythémateuse, avec chaleur à la muqueuse des lèvres, de la gencive ou des joues, gonflement de ces parties; salivation puante, aphthes livides, développement d'une tumeur rénittente au milieu de ces points frappés de gangrène prochaine; passage plus ou moins rapide des parties malades à l'état d'ulcère gangréneux, qui, avant de percer au dehors, est déjà marqué extérieurement à la partie correspondante par une tache grisâtre, dure, qui finit par s'ouvrir. Ce foyer destructeur envahit les gencives, les lèvres, les joues; les gencives se séparent des alvéoles, les dents se salissent et vacillent; toutes ces parties se confondent en une seule masse lardacée, gangréneuse. Les mâchoires elles-mêmes y participent quelquefois, et sont frappées de nécrose ou sphacelées. La maladie finit par une fièvre lente ou une colliquation générale rapide, ou bien la gangrène se borne, soit par une suppuration périphérique, avec chute des parties mortifiées, soit par desséchement des points gangrénés, par une espèce de momification.

Quant à la marche de la maladie, on conçoit que la gangrène, appelée scorbutique par l'auteur, offre une marche plus lente que les autres, et que la gangrène dite métastatique est la plus rapide.

La gangrène de la vulve débute par les mêmes prodromes que le noma, et tout se passe à la muqueuse du vagin dans cette maladie, comme cela a lieu à la bouche dans la gangrène de cette partie. Nous devons à Isnard Cevoule (*Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, 1819) les plus amples détails que nous possédons sur cette maladie.

La gangrène de la peau se voit exclusivement sur les

enfans nouveau-nés, tandis que les deux autres formes se remarquent à un âge un peu plus avancé. Elle a été moins bien observée et moins souvent.

Richter ne nous apprend rien sur la nature de la maladie. Il l'envisage comme une vraie gangrène, qui n'est si grave que par les causes prédisposantes.

Le pronostic est d'autant plus fâcheux que les enfans sont plus jeunes, plus affaiblis par des maladies antérieures, et que la maladie s'offre sur une plus grande surface du corps ou à différens endroits. Il est très-fâcheux en général, ainsi que nous l'avons dit dans une note sur cette maladie, publiée dans le premier volume des *Archives médicales*, p. 90.

Traitement général. Très-rarement les antiphlogistiques, et alors toujours au début seulement; toniques, dits diffusibles, selon l'ancienne école; acides minéraux; toniques proprement dits; diète nutritive; bains aromatiques. — *Local.* Onguens balsamiques excitans, fomentations de même nature; cautérisation par les acides minéraux; acide pyroligneux, acide acétique concentré, la créosote; chlorure de chaux.

Les trois ouvrages de Richter sur cette maladie, et la monographie de Wiegand, sont ce qu'il y a de plus complet sur cette affection. Billard, Marjolin, Guersent, Baron, Isnard Cevoule, et déjà Sauvages, parmi nos compatriotes, en ont également traité, ainsi que James Garsthome et Underwood, chez les Anglais, et Martini, chez les Allemands.

TH. B.

VARIÉTÉS.

Ordonnance du Roi relative à la réorganisation de l'École de pharmacie de Strasbourg.

L'École de pharmacie de Strasbourg vient d'être réorganisée par une ordonnance du Roi, en date du 28 novembre 1835, dont voici le texte :

LOUIS-PHILIPPE, roi des Français, etc.;

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Art. 1er. L'organisation du personnel de l'École de pharmacie de Strasbourg est et demeure arrêtée ainsi qu'il suit; savoir :

M. HECHT père, directeur honoraire;

M. PERSOZ, professeur de chimie, directeur;

M. NESTLER, professeur de pharmacie, trésorier;

M. KIRSCHLEGER, professeur de botanique;

M. OPPERMANN, professeur-adjoint, chargé de l'enseignement de la toxicologie;

M. OBERLIN fils, professeur-adjoint, chargé de l'enseignement de l'histoire naturelle des drogues et des fonctions de secrétaire.

Paris, le 28 novembre 1835. LOUIS-PHILIPPE.

Par le Roi :

Le ministre-secrétaire d'État au département de l'instruction publique, GUIZOT.

Nota. Jusqu'à ce que l'École puisse s'établir dans un local qui lui appartienne, les cours de chimie et de toxicologie seront faits provisoirement dans le laboratoire de la Faculté des sciences, et les autres dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine.



Le concours pour la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg s'est terminé le 8 décembre.

Le jury a décidé qu'il n'y avait pas lieu à nomination.



Observations et considérations pratiques sur quelques points de l'histoire des hernies; par M. L. Aronssohn, agrégé près la Faculté de médecine.

On a lieu de s'étonner que malgré la sûreté des moyens que nous possédons pour contenir les hernies, on rencontre encore fréquemment des cas où leur étranglement compromet la vie.

Les chirurgiens modernes se sont efforcés de donner une précision presque mathématique à l'opération que réclame ce genre d'accident, et cependant nous voyons trop souvent encore l'opérateur arrêté par des difficultés qu'il n'avait pu prévoir, et le succès de l'opération incertain, si elle n'est pratiquée par des mains très-expérimentées. Cela tient à ce que les hernies présentent fréquemment des particularités qui se jouent des règles générales; quelque variées qu'elles soient, le chirurgien doit savoir les apprécier sur-le-champ, et il ne peut arriver à cette connaissance que par l'étude des cas individuels. En effet, ici il ne suffit pas d'avoir calculé d'avance tous les changemens de rapports possibles, mais il faut encore connaître les changemens très-variables qu'ont pu imprimer aux parties déplacées un travail inflammatoire tant aigu que chronique.

Envisagées sous ce point de vue, les observations particulières sont d'une utilité incontestable. Celles que nous allons rapporter offriront, je pense, quelque intérêt, parce que d'une part elles signalent des complications rares, et de l'autre viennent sanctionner l'importance de certains préceptes, parfois trop négligés.

On avancerait bien davantage la science, et l'on ferait

souvent une chose beaucoup plus utile pour l'humanité en mettant au jour les cas d'insuccès, au lieu de publier avec emphase des cas de guérison. Les faits qui suivent ont la plupart ce genre de mérite; ils ont été choisis parmi un grand nombre recueillis à une époque déjà loin de moi, et où je me livrais exclusivement à des études chirurgicales. S'ils ne prouvent pas toujours en faveur des lumières d'opérateurs, dont j'ai dû taire les noms, quoiqu'ils n'existent plus, je pense du moins qu'on peut en déduire d'utiles leçons; c'est dans ce seul but que je les livre au public, en m'appliquant à décrire avec exactitude ce que j'ai vu.

I.

Hernie avec renversement de l'intestin.

Le prolapsus d'une portion d'intestin à travers une ouverture accidentelle, avec renversement des tuniques, constitue un phénomène tellement rare, qu'il faut compulser les annales de tous les temps pour arriver à en réunir un petit nombre de cas. Si cette espèce de hernie ne donnait jamais lieu à des accidens graves, il serait oiseux de se livrer à de pareilles recherches; mais malheureusement il n'en est point ainsi : ce genre de désordre peut devenir promptement mortel. Il importe donc beaucoup au chirurgien appelé pour remédier à une lésion aussi peu commune, de savoir ce qu'enseigne l'observation des faits analogues. J'exposerai d'abord celui qui m'est propre; puis je rapporterai, d'après un auteur anglais, un cas semblable, dont il n'a pas encore été fait mention dans les ouvrages français; je les ferai suivre de quelques considérations pratiques.

Observ. 1re. Jacques Schœnberger, propriétaire à Strasbourg, âgé de soixante-dix ans, d'une taille élevée et d'une constitution robuste eu égard à son âge, se trouvait, lorsque je le vis pour la première fois (le 24 septembre 1812), à neuf heures du soir, dans l'état suivant :

Un large ulcère gangréneux qui avait détruit les tégumens et une partie du tissu cellulaire sous-jacent, occupait l'aine droite, et descendait à la partie interne et antérieure de la cuisse dans l'étendue de plusieurs pouces. Sous l'arcade crurale, qui était à découvert, sortait un bout d'intestin long de sept pouces, légèrement courbé, et présentant au dehors la membrane veloutée, garnie de replis valvuleux; ce morceau de boyau était distendu et très-rouge; à son extrémité libre, il se repliait sur lui-même, et se continuait avec une portion invaginée et par conséquent non renversée. Près de l'arcade crurale, il y avait une petite déchirure, qui paraissait l'effet d'un taxis exercé avec trop de violence; elle laissait voir la portion d'intestin invaginée, présentant la surface péritonéale sans altération. L'intestin ainsi prolabé et renversé n'était sujet à aucun mouvement par lui-même; il ne se faisait d'excrétion sur aucun point de sa surface, ni par ses extrémités.

Le doigt pouvait se promener librement sous le ligament de Poupart; mais la hernie ne pouvait être déplacée, et toute tentative pour faire rentrer par le bout libre du prolapsus la partie renversée, afin de la retourner jusqu'à l'endroit déchiré, fut vaine. Le ventre était si rétracté, que la paroi antérieure touchait presque la colonne vertébrale.

Le malade avait eu une selle dans la matinée, et ne se plaignait que d'une forte douleur au haut de la région ombilicale; il y avait de la soif; le pouls était plein et mou; le faciès n'annonçait pas un grand trouble dans l'économie.

La hernie ne s'était manifestée que depuis cinq heures de temps. Schœnberger assura n'en avoir jamais eu précédemment. Voici au reste ce que j'appris sur son état antérieur:

Six semaines auparavant, il avait eu des chancres au pénis, qui guérirent par l'usage du mercure soluble d'Hahneman; les glandes inguinales du côté droit s'engorgèrent au bout d'un mois, et offraient alors une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, sans être enflammées. Peu de jours avant la sortie de l'intestin et son renversement, il était survenu une violente inflammation au bubon; la gangrène s'en était emparée, et avait fait des progrès si rapides, que bientôt les tégumens de l'aine et le tissu cellulaire de cette région furent frappés de mortification. Il est encore à remarquer que dès l'apparition de l'engorgement des glandes, cet homme avait fait des frictions mercurielles en négligeant les précautions qu'exige un pareil traitement entrepris dans la mauvaise saison.

Après avoir inutilement cherché à faire disparaître le renversement de l'intestin, il fallut, pour la nuit, se borner à donner au corps une position convenable, c'est-à-dire sur le dos, les membres inférieurs étant à demi-fléchis. On plaça sur la hernie une compresse imbibée d'huile tiède, en même temps qu'on fit sur l'abdomen des fomentations avec une infusion de fleurs de camomille et des embrocations d'huile camphrée. Comme le malade sollicitait quelque chose qui pût soulager la douleur ombilicale, devenue insupportable, on lui donna de temps à autre du looch blanc laudanisé.

La nuit se passa sans rien offrir de nouveau.

Le lendemain matin, la portion d'intestin renversée avait un aspect d'un rouge foncé, tirant sur le violet, et au lieu de turgescence inflammatoire, il y avait flaccidité; on

n'observait pas plus que la veille d'excrétion, ni à la pointe ni à la base du prolapsus. Le pouls était moins plein, sans toutefois dénoter une grande prostration de forces. Dans cet état de choses, l'opération suivante fut décidée par ***, chirurgien traitant, et exécutée par lui à sept heures du matin.

Après avoir agrandi la petite crevasse que présentait l'intestin près de l'arcade crurale, l'incision fut prolongée dans le sens de la longueur du prolapsus, jusqu'à l'endroit où cessait le renversement; toute cette portion, déjà altérée dans sa structure, ayant été enlevée au moyen de ciseaux, l'autre, qui était invaginée, se présenta avec son aspect normal, et fut facilement réduite. Après l'avoir fait rentrer dans la cavité abdominale, son extrémité fut fixée au dehors par une anse de fil, afin de la faire servir d'anus artificiel. La résection de l'intestin fit jaillir le sang de deux artères, qu'on lia aussitôt. Les fomentations et les embrocations sur l'abdomen furent continuées; pour boisson, on donna une décoction de guimauve et du bouillon.

La journée se passa sans changement notable; le ventre était toujours contracté, et le malade demandait souvent à boire. Vers le soir, il s'affaiblit notablement; le ventre se tuméfia un peu; plus tard, il survint des vomissemens; et enfin, à minuit, les extrémités devinrent froides, puis tout le corps, et cet homme expira sans beaucoup souffrir, après avoir conservé l'intégrité des fonctions intellectuelles jusqu'au dernier moment; car, depuis long-temps, l'artère radiale, et même la brachiale avaient cessé de battre, qu'il répondait encore aux questions qu'on lui adressait.

Examen du cadavre. Estomac très-distendu par le liquide qui avait servi de boisson.

La partie inférieure de l'intestin jéjunum ramollie et

amincie, d'un brun foncé, est fixée par des adhérences qui ne paraissent pas récentes, à l'endroit où la branche horizontale du pubis s'unit au corps de cet os. A cette partie, l'intestin offre une déchirure située immédiatement sous le ligament de Fallope et dans l'intérieur du bassin; c'est par cette ouverture accidentelle que la portion inférieure de l'intestin s'est prolabée en se renversant, de manière à présenter au dehors sa surface interne; il en reste encore un bout de quelques lignes, espèce d'anneau membraneux, dans lequel est engagée l'extrémité de l'intestin qui porte l'anse de fil; en sorte que l'ouverture destinée à l'anus artificiel était formée par une portion d'intestin inférieure à celle qui présentait la déchirure interne par laquelle le renversement et le prolapsus s'étaient opérés. Le reste des intestins, de même que les autres organes, se trouvaient à l'état normal.

Observ. 2e [1]. Anne Pierce, femme âgée de soixante-seize ans, habituellement constipée, fut prise subitement, le 14 avril 1813, d'une douleur au creux de l'estomac. Elle se trouva toutefois encore assez bien pour entreprendre une promenade éloignée qui devait durer toute la journée.

Dans l'après-midi, elle souffrit beaucoup; craignant de voir empirer le mal, elle s'en retourna de bonne heure; mais en route, elle fut prise d'une douleur si violente dans le côté gauche de l'abdomen, qu'elle put à peine marcher et respirer. Rentrée chez elle avec beaucoup de difficulté, elle se coucha aussitôt, fut prise de nausées, et rendit tout ce que contenait son estomac. Les douleurs dans le dos et à la région épigastrique continuèrent pendant une semaine, durant laquelle elle eut de fréquens accès de vo-

[1] *Practical observations in Surgery and morbid anatomy;* by John Howship; in-8°. London, 1816; case 87, p. 300.

missement. Cet état, auquel se joignit la diarrhée, s'étant prolongé plusieurs jours encore, la malade alla demander secours à l'hôpital Saint-Georges. Elle fut soigneusement visitée par M. Leigh, apothicaire, pendant plusieurs jours, avant qu'elle ne parlât d'une grosseur située à l'aine gauche, et qu'elle attribuait aux efforts occasionés par le vomissement. Le docteur Howship fut alors désireux de la voir; il trouva une tumeur petite, molle, non élastique, indolente, située au-dessous du ligament de Poupart. Cette exploration n'incommoda point la malade; mais il ne fut pas possible, par le taxis, de diminuer tant soit peu la tumeur. Celle-ci, d'abord pas plus grosse qu'une noisette, au rapport de la femme Pierce, avait acquis peu à peu les dimensions actuelles, sans occasioner la moindre douleur. La malade disait que ses selles étaient libres, et que, depuis quelques jours, sa douleur d'estomac avait cessé. Le pouls était lent, mais parfaitement égal et bon. Au toucher, la tumeur donnait la sensation d'un épiplocèle; mais, tout en admettant que telle fut sa nature, il n'y avait pas de motif suffisant pour proposer l'opération. Il fut, en conséquence, ordonné quelques remèdes appropriés, ainsi que des fomentations et un cataplasme. Au bout de deux ou trois jours, la tumeur s'ouvrit, et donna issue, d'abord à du pus, et, le lendemain matin, à des fèces d'une consistance molle, puis, à des gaz; en même temps la douleur de l'estomac s'accrut.

Anne Pierce resta quelque temps dans cet état; l'estomac toujours douloureux, l'appétit diminuant, et la plus grande partie des fèces passant par l'ouverture que présentait l'ulcère de l'aine. Le 2 mai, elle se plaignit de douleurs plus vives que d'ordinaire à l'estomac et au dos. Vers le soir, tandis qu'elle se soulevait dans son lit, pour essayer une

position qui pût la soulager, sa fille s'aperçut par hasard qu'une portion de boyau avait été poussée au dehors, à travers l'ouverture de l'aine. Pleine d'effroi, elle en fit part aussitôt au docteur Howship qui se rendit immédiatement près de la malade. Il trouva sept à huit pouces d'intestin prolabé et renversé; de nombreuses valvules conniventes couvraient la tunique villeuse placée à l'extérieur et indiquaient qu'elle appartenait à l'intestin grêle.

Ce fut en vain qu'on essaya de réduire ce prolapsus; les tentatives faites dans ce but ne produisirent toutefois ni douleur ni malaise. Le contact de l'air froid y excitait des mouvemens péristaltiques très-prononcés. On appliqua un linge huilé, et on fit des fomentations chaudes. Le lendemain matin, deux chirurgiens visitèrent la malade; mais la réduction était encore impossible. Vers le soir, une violente douleur se fit sentir dans l'abdomen; les forces s'affaissèrent rapidement, et la mort survint en peu d'heures.

Autopsie cadavérique. Le corps était émacié; la portion d'intestin qui se trouvait au dehors était flasque et affaissée. Après avoir ouvert la cavité abdominale, on s'assura que le jéjunum et l'iléon concouraient à former la hernie, qui était crurale. Les deux bouts de l'intestin prolabé adhéraient fortement au bord de l'ouverture qui se trouvait placée au-dessous du ligament fémoral; le renversement, et par conséquent le prolapsus, s'étaient formés aux dépens de la portion supérieure de l'intestin, c'est-à-dire de celle vers l'estomac.

L'auteur a ajouté une planche très-bien exécutée qui fait voir la disposition des parties d'une manière plus exacte et plus claire que ne peut le faire une simple description.

Réflexions. Le cas de hernie avec renversement de l'intestin que je viens d'emprunter au docteur Howship, a sans

doute beaucoup d'analogie avec celui que j'ai observé moi-même; mais il existe entre eux une dissemblance notable, eu égard aux circonstances antécédentes.

Chez Anne Pierce, une hernie crurale, atteinte d'inflammation phlegmoneuse, avait donné lieu à un anus accidentel; dans un effort que fit la malade pour se soulever, l'intestin s'échappa par cette ouverture, en se renversant de la même manière que le rectum lorsqu'il fait procidence à travers l'anus, avec cette différence cependant que l'intestin grêle, uniquement attaché au mésentère, et flottant pour ainsi dire dans la cavité abdominale, a dû, le renversement une fois commencé, souffrir un prolapsus plus facile et plus considérable que ne le ferait la fin du gros intestin cimenté en quelque sorte avec les parties environnantes.

Chez Schœnberger, une inflammation intense, et suivie promptement de gangrène, s'était emparée des ganglions inguinaux, déjà considérablement engorgés; elle avait envahi le tissu cellulaire profond, d'où elle s'était étendue au péritoine et à la portion d'intestin grêle qui se trouvaient à proximité. Il en résulta la mortification d'un point, et l'adhérence à l'os pubien d'un autre point de cette partie du tube digestif. On conçoit que les tissus placés au devant de la portion sphacelée de l'intestin une fois détruits par la gangrène, et l'escare intestinale enlevée, le prolapsus avec renversement a pu s'opérer facilement, et, qu'ici, comme chez Anne Pierce, l'adhérence de l'intestin à des parties solides a dû beaucoup favoriser cet accident, sinon en être la condition essentielle. En effet, sans un point fixe, offrant de la résistance tout près de l'ouverture accidentelle, les efforts d'un mouvement péristaltique ou anti-péristaltique exagéré se fussent perdus, sans amener

le résultat fâcheux qui constitue le fait pathologique qui nous occupe.

On voit donc que la procidence avec renversement d'une portion d'intestin peut venir compliquer un anus accidentel, existant depuis plus ou moins de temps, comme dans l'observation du docteur Howship, ou s'effectuer à l'occasion d'une lésion récente, placée au-delà des anneaux, comme chez notre malade. Dans l'un et l'autre cas, on comprend que le prolapsus intestinal peut s'opérer aux dépens de la portion du tube digestif comprise entre l'estomac et l'ouverture accidentelle, ou de celle placée entre cette dernière et le rectum; en un mot, qu'il peut se faire une *intussusception progressive* ou *rétrograde*, pour me servir des expressions de John Hunter. On parviendrait à établir cette distinction en faisant prendre aux malades une boisson colorée et légèrement purgative afin d'en hâter l'expulsion; si la portion d'intestin supérieure à la rupture se trouvait prolabée et renversée, le liquide sortirait à l'endroit où finit le renversement, c'est-à-dire à l'extrémité libre; si, au contraire c'était une portion inférieure, le liquide viendrait suinter à l'extrémité opposée, près des parois abdominales; cette expérimentation ne serait toutefois pas sans danger, si la solution de continuité de l'intestin correspondait à la cavité péritonéale.

Je dois aussi faire connaître que le prolapsus peut être double, ainsi que le prouvent les faits publiés par Albinus, Sabatier et Desault. Cette disposition se rencontre chez des personnes qui portent depuis long-temps un anus anormal; l'endroit par où se fait l'évacuation des matières fécales, indique alors d'une manière exacte à quel bout du tube alimentaire appartient chacune des procidences.

Mais ce n'est pas tout de connaître les circonstances dans

lesquelles un pareil accident peut survenir, et de se rendre raison de son mécanisme; il importe encore de savoir quelles sont les ressources que peut offrir l'art dans des circonstances aussi graves.

La première indication serait sans doute de faire disparaître le renversement de l'intestin, en réduisant peu à peu la portion invaginée et qui a été prolabée la dernière. Cette réduction est quelquefois facile, et il y a des malades qui l'opèrent eux-mêmes. Un léger taxis, aidé de la position dorsale, peut suffire, surtout pour le bout supérieur. Mais nos deux observations démontrent qu'une pareille tentative peut rester infructueuse.

Il reste alors un moyen qu'on doit au génie de Desault, qui, deux fois, l'a employé avec succès chez le marin affecté d'un double renversement, et dont Bichat nous a conservé l'histoire dans l'édition qu'il a faite des *Œuvres chirurgicales* de son maître (t. II, p. 33). Ce moyen consiste à exercer une compression méthodique avec un bandage roulé; à cet effet, on couvre la tumeur de doloires, d'abord peu serrés, et dont on augmente graduellement la constriction à mesure que les parties s'affaissent; il faut encore avoir la précaution de ne point comprimer moins fortement le sommet que la base, sans quoi la réduction ne pourrait se faire.

Est-on parvenu à faire rentrer l'intestin prolabé, il faut empêcher qu'il ne ressorte; on ne saurait dans ce but rien faire de mieux que d'imiter la conduite de Scarpa dans un cas qu'il a consigné dans son *Traité des hernies* (traduction française, p. 289). Le prolapsus était de deux pouces et demi de long; il le réduisit facilement, et le maintint en place par un bourdonnet gros comme le doigt, introduit dans le trajet fistuleux et fixé par un bandage en T.

Un fait assez remarquable que je dois encore mentionner, c'est qu'une portion d'intestin peut rester d'une manière permanente au dehors, sans altérer le moins du monde l'individu qui porte cette dégoûtante infirmité. (Voyez à ce sujet le cas très-intéressant qui se trouve dans la *Collection des Thèses chirurgicales*, de Haller; t. V, p. 61.)

Quand l'espèce de hernie dont il est ici question *complique un anus anormal* préexistant, il peut, comme dans l'entérocèle ordinaire, survenir des accidens dus à l'étranglement, soit que, par un effort, l'intestin ait franchi avec violence une ouverture fistuleuse, rétrécie par les progrès de la cicatrisation, soit que la portion d'intestin déjà prolabée subisse tout à coup une turgescence telle, que son retour dans la cavité péritonéale devienne impossible. Dans des circonstances aussi graves, le chirurgien ne temporisera pas long-temps, mais recourra au débridement de l'ouverture abdominale, afin d'opérer le plus promptement possible la réduction, ainsi que cela a été fait une fois avec succès par un chirurgien de Berlin. (V. *Schmuckers vermischte Bemerkungen;* B. II, S. 195.)

Dans le cas de plaie *récente* de l'intestin, lorsqu'elle existe *au-delà* des anneaux et qu'elle ne se trouve pas exactement vis-à-vis celle des parois de l'abdomen, on se hâtera d'attirer au dehors la portion d'intestin lésée, en débridant au besoin. On fera alors cesser l'invagination, et, par suite, le renversement, en exerçant des tractions sur la portion d'intestin continue avec celle qui est prolabée. Bien entendu qu'après avoir amené la déchirure intestinale au niveau de l'ouverture abdominale, on l'y maintiendra par les moyens connus.

II.

Hernies étranglées avec adhérence, soit au sac péritonéal, soit à l'épiploon dégénéré et formant sac.

Les adhérences dont il s'agit dans ce chapitre forment une complication très-grave qui peut devenir embarrassante pour l'opérateur. Déterminer la conduite qu'il aura à tenir dans ces cas est donc un point important que les faits suivans pourront contribuer à éclaircir :

Observ. 3e. Catherine Mick, âgée de cinquante-neuf ans, ayant eu quatre enfans, d'une constitution détériorée par les privations inséparables de l'indigence, réclama, le 6 mars 18.., les soins de l'art pour une hernie crurale gauche, qu'elle portait depuis long-temps sans la contenir et qui s'était étranglée depuis six jours. Il y avait inflammation aux tégumens, qui recouvraient la tumeur; pouls faible et accéléré, vomituritions, coliques, borborygmes, tension du ventre et constipation. (Décoction de tamarins en boisson et en lavement; bain prolongé, infusion de camomile pour fomenter tout le bas-ventre, et embrocations huileuses.)

Le lendemain matin, après un bain, dans lequel le taxis fut infructueux, ces accidens persistant, et la prostration des forces étant extrême, l'opération fut décidée et faite par M. X. La peau et le tissu cellulaire incisés, présentèrent beaucoup d'épaississement; ce dernier était imprégné d'une lymphe coagulée : le sac herniaire, très-tendu, adhérait légèrement, par sa surface externe, aux parties environnantes; l'anneau crural se trouvait tellement libre, qu'on pouvait facilement s'assurer que l'intestin était

étranglé au-delà par le col du sac; ouvert avec beaucoup de précaution, ce dernier se montra, dans presque toute son étendue, uni à l'intestin par des adhérences d'autant plus fortes qu'elles étaient plus rapprochées du col. Celles du fond furent détruites avec le doigt; d'autres, placées plus haut et de forme filamenteuse, le furent avec des ciseaux. Pour débrider le col du sac et détruire toutes les adhérences, il fallut d'abord agrandir l'anneau crural qui se trouvait placé en deçà. Le ligament de Gimbernat fut en conséquence coupé transversalement jusqu'au pubis, ce qui donna assez d'espace pour agir librement. L'intestin ne présentant point d'altération, fut réduit. Après avoir pansé la malade et l'avoir replacée dans son lit, on lui donna un lavement émollient, qui produisit trois selles copieuses, à la suite desquelles la tension du ventre et les coliques diminuèrent; la soif resta toutefois grande et le pouls faible. (Décoction de guimauve pour boisson; infusion de camomile pour fomenter l'abdomen.) Vers minuit, coliques plus fortes, soulagées de nouveau par une selle obtenue au moyen d'un lavement émollient.

Le 8 (deuxième jour après l'opération). Un peu de sommeil dans la nuit; pouls petit et lent; ventre tuméfié, mais presque point douloureux; soif intense. (Limonade; potion faite avec de l'huile d'amandes douces et du sirop; bouillon.) Trois selles dans la journée; la soif diminue.

Le 9 (troisième jour). Un peu de sommeil; ventre moins tuméfié et presque sans douleurs; pouls faible; toux. (Décoction émolliente, julep pectoral, bouillon.)

Le 10 (quatrième jour). Dans la journée d'hier et dans la nuit dernière, huit selles liquides avec tranchées; ventre plus douloureux; pouls petit et très-faible; soif. (Eau de riz, julep pectoral laudanisé; cataplasme émollient, ar-

rosé de teinture d'opium, appliqué sur le ventre; bouillon avec un jaune d'œuf.) Le soir, toux plus forte; ventre non douloureux, même à la pression; le pouls se relève, et la plaie fournit un fluide d'un jaune grisâtre qui perce l'appareil.

Le 11 (cinquième jour). Au pansement du matin, la plaie présente un aspect livide; le sac herniaire est frappé de gangrène; écoulement d'un fluide très-fétide, qui perce continuellement l'appareil dans la journée et surtout immédiatement après que la malade a bu. (Même boisson et même alimentation.) Dans la journée, cinq selles liquides, ressemblant à ce qui s'échappe de la plaie, par laquelle sortent des bulles d'air quand la malade fait des efforts pour tousser; le doigt, introduit dans l'anneau crural, ramène une matière fluide, semblable aux déjections alvines, d'une odeur stercorale; pouls très-petit et lent; toux continuelle, avec sentiment douloureux et pression à l'épigastre.

Le 12 (sixième jour). Dans la nuit, trois selles liquides brunâtres; un peu de sommeil; grande prostration de forces; point de douleurs: l'appareil se trouve très-humecté, issue de matières fécales par la plaie; le ventre n'est ni tuméfié, ni douloureux. (Eau de riz; embrocation de teinture d'opium sur l'abdomen; bouillon, vin rouge.) Deux selles fluides dans la journée: la toux et la douleur oppressive à l'épigastre continuent.

Les deux jours suivans, même état avec fièvre légère sur le soir.

Le 15 (neuvième jour). Insomnie, occasionée par la toux violente et l'oppression épigastrique; du reste, point de changement. (Médication précédente; de plus, potion avec l'esprit de Minderer et infusion de fleurs de tilleul.) Une selle fluide dans la journée; sur le soir, chaleur suivie

d'une forte transpiration; apparition de nombreuses pustules miliaires, cristalines sur toute la surface antérieure du tronc et principalement au ventre.

Le 22 (seizième jour). Les pustules miliaires se dessèchent; moiteur continuelle de la peau; chaleur sur le soir; chute d'une portion du sac gangrené. Depuis les six derniers jours, les selles sont restées liquides et fréquentes. (Eau de riz; le soir, dix gouttes de teinture d'opium; soupe.)

Le 30 (vingt-quatrième jour). Depuis quelques jours, les selles se régularisent; la digestion devient plus facile; la malade reprend des forces et se lève; la plaie fournit moins de pus et diminue d'étendue. (Compression légère et graduée, exercée sur la plaie au moyen d'un bandage herniaire; alimentation plus consistante et plus copieuse.)

Juin. A mesure que la plaie se rétrécit, et que la malade recouvre des forces, les selles reprennent leur voie naturelle; la plaie suinte encore légèrement jusqu'au commencement du mois de juillet, époque à laquelle la cicatrisation fut complète et la santé de la femme Mick entièrement rétablie.

Réflexions. Qui aurait pu prévoir la perforation de l'intestin quatre jours après une opération dans laquelle tout s'est passé d'après les règles établies par les maîtres de l'art? Les adhérences les plus molles ont été enlevées avec le doigt; celles qui étaient filamenteuses et membraneuses ont été détruites par les ciseaux, ainsi que l'enseigne Scarpa, et la réduction n'a été opérée qu'après s'être assuré de l'intégrité de l'intestin qui ne présentait aucun signe d'altération; le cours des matières fécales, suspendu pendant six jours, est rétabli aussitôt après l'opération, ce qui est toujours de l'augure le plus favorable; le lendemain, tout va bien, à l'exception du pouls qui reste faible; mais le troisième

jour, ainsi que la nuit suivante, il y a de la toux et plusieurs selles liquides avec tranchées; le quatrième jour au matin, le ventre est douloureux et le pouls toujours petit. Le soir de ce même jour, la toux est plus forte, mais le ventre cesse d'être douloureux, et le liquide jaune qui baigne l'appareil, annonce que l'intestin est perforé. Quelle a été la cause de cet accident survenu d'une manière aussi inattendue? Elle tient évidemment à une inflammation devenue promptement gangréneuse sans s'accompagner de symptômes de réaction en raison de la débilité de l'organisme. La toux, qui s'était aggravée en même temps, aura hâté l'élimination du point sphacelé. Mais quelle part l'opération y a-t-elle eue, et aurait-on pu, en agissant différemment, éviter ces suites fâcheuses?

L'illustre chirurgien de Pavie a établi une distinction éminemment pratique, en rangeant les adhérences que les parties herniées peuvent contracter entre elles ou avec le sac, en trois catégories: Les *gélatineuses*, les *filamenteuses* ou *membraneuses*, et les *charnues*. C'est en raison de ces différences, auxquelles il a assigné des caractères anatomiques bien distincts, qu'il a donné pour règle de détruire, avec un instrument mousse sans *entamure*, les adhérences de la première espèce; d'inciser celles de la seconde, et de laisser intactes celles qui, formées par une cohésion plus profonde des parties, ne se présentent pas sous l'aspect de brides membraneuses ou filiformes. Comme règle générale, ces préceptes sont sans doute excellens; mais il y a certes des circonstances qui exigent qu'on les modifie, au moins en ce qui concerne les adhérences membraneuses. En effet, si, comme dans l'observation qu'on vient de lire, la constitution du malade est déjà très-affaiblie, et si l'étranglement existe depuis plusieurs jours, on

s'abstiendra de se servir de l'instrument tranchant, surtout pour détruire les adhérences situées près du col du sac, car elles y sont toujours plus rapprochées et moins extensibles. On se contentera alors de lever la cause de l'étranglement, et on laissera les parties en place.

A plus forte raison si l'intestin offrait un commencement d'altération, il ne faudrait pas hésiter de tenir cette conduite, qui a été couronnée d'un plein succès dans un cas très-grave que je vais rapporter.

Qu'il me soit encore permis de faire remarquer l'efficacité de la compression graduée, contre l'infirmité dégoûtante survenue après l'opération. Elle a été commencée au vingtième jour de la perforation, et au bout de trois mois de son emploi méthodique, aidée d'une alimentation substantielle, l'anus accidentel s'est trouvé complètement guéri. Plus tard, j'ai souvent eu l'occasion de visiter cette pauvre femme, en renouvelant le bandage herniaire qu'elle portait habituellement, et j'ai pu me convaincre de la persistance et de la solidité de la cicatrice.

Observ. 4°. Un cultivateur des environs de Strasbourg, âgé de soixante-quatre ans, d'une taille moyenne et d'une constitution détériorée, portait depuis long-temps une hernie inguinale droite, qu'il contenait imparfaitement par un mauvais bandage, lorsqu'il fut pris tout à coup de fortes coliques et de vomituritions, accompagnées de constipation et de tension du ventre. La hernie, qui avait augmenté de volume, ne se laissait plus réduire, et était devenue le siége de vives douleurs; cet état durait depuis six jours, quand on vint chercher du secours à la ville.

Je trouvai cet homme épuisé par la longue durée de ses souffrances; le pouls était très-petit et lent, et la tumeur herniaire très-dure et tellement sensible, qu'il fallut

bientôt renoncer au taxis. L'opération seule présentait encore une chance de salut; elle fut entreprise de suite.

Après l'incision des tégumens, le sang jaillit à la lèvre externe de la plaie, par une petite artère, qui fut aussitôt liée. Le sac étant ouvert, il s'en échappa un peu de sérosité. Les parties qui faisaient hernie, se présentèrent alors sous la forme d'une tumeur dure et rénitente, avec fluctuation obscure dans son fond. Après avoir débridé l'anneau inguinal en haut et en dehors pour faire cesser l'étranglement, la partie de la tumeur qui offrait la fluctuation fut incisée avec ménagement : il en sortit près de deux onces de pus; la poche, qui l'avait contenu, s'étendait jusqu'au milieu de la tumeur, et se trouvait séparée de l'autre portion par une cloison. La partie supérieure encore intacte, ne présentant point de fluctuation, fut ouverte avec d'autant plus de précaution; elle contenait une anse d'intestin grêle, qui lui était fortement uni par des adhérences filamenteuses et membraneuses.

L'intestin était un peu gonflé et d'un aspect livide; les parois de ce second sac, ainsi que la cloison qui le séparait en deux cavités, étaient épaisses de deux à trois lignes, d'une couleur foncée et d'une structure dense, en partie spongieuse et en partie fibreuse. La surface externe était lisse, et la surface interne raboteuse et inégale.

En pénétrant dans la cavité péritonéale, cette poche épaisse prenait l'aspect de l'épiploon, avec lequel elle paraissait se continuer, sans qu'on ait toutefois pu la tirer assez au dehors pour constater cette continuité. La partie inférieure en fut retranchée, sans toucher à celle qui était unie à l'intestin. Après avoir placé un linge huilé sur l'anse intestinale, le reste fut pansé très-mollement avec de la charpie fine. Le malade, qui avait supporté l'opération

avec courage, se trouvait très-affaibli par la perte de sang qu'il venait d'éprouver. Il prit des restaurans, dont l'usage fut continué; la plaie fut fomentée avec de la décoction de guimauve.

Il survint une suppuration abondante qui détruisit le sac interne. L'intestin rentra peu à peu dans la cavité abdominale, et la plaie, dont la cicatrisation avait été retardée par des abcès qui s'étaient formés au scrotum, fut entièrement guérie au bout d'un mois. Cet homme, alors veuf, recouvra si bien la santé, qu'il se remaria, malgré son âge avancé.

Réflexions. Ce fait vient à l'appui du précepte que j'ai posé à la suite de l'observation n° 3, et, joint à d'autres que possède la science (Richter et Scarpa), milite en faveur de l'opinion de M. Olliviers d'Angers. Cet auteur distingué se fondant avec raison sur le danger d'exercer sur des parties enflammées les attouchemens nécessaires à la réduction, veut que pour l'opérer, on attende, après avoir levé l'étranglement, que l'inflammation soit calmée. Je ferai seulement remarquer que la nature, tant soit peu aidée par l'art, s'acquitte admirablement du soin de cette réduction; d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas elle deviendrait difficile pour le chirurgien, à cause des adhérences, fussent-elles même légères, que ne tarderaient pas de contracter les parties herniées.

Nous venons aussi de voir combien les ressources de la nature sont grandes quand on sait bien en diriger les efforts. En effet, l'épiploon dégénéré et formant un sac à parois épaisses, avait été envahi par une inflammation qui s'était étendue à l'anse intestinale. Si dans cet état des choses on avait coupé les adhérences (de la seconde espèce établie par Scarpa) pour réduire l'intestin déjà altéré, sous

le prétexte généralement admis , qu'il reviendrait plus facilement à l'état normal dans la cavité péritonéale; l'existence du malade aurait été gravement compromise. Si l'issue a été heureuse, c'est qu'après avoir débridé l'anneau qui était la cause de l'étranglement, on s'est borné aux topiques émolliens pour dissiper l'état inflammatoire de l'intestin et favoriser en même temps le dégorgement des parties de l'épiploon qui devaient suppurer. Les forces furent relevées et soutenues par des analeptiques et des toniques, afin que le malade, dont l'âge était très-avancé et la constitution très-affaiblie, pût faire les frais d'un travail d'une part résolutif, et de l'autre éliminatoire.

L'altération et la disposition qu'a présentées l'épiploon dans ce cas, offriraient de l'intérêt à être examinées sous le point de vue anatomico-pathologique; mais ce serait sortir de mon sujet, il me suffit de les avoir signalées à l'attention de l'opérateur.

III.

Danger de la temporisation dans l'étranglement de l'épiplocèle.

On est d'accord sur la nécessité d'opérer de bonne heure l'entérocèle; mais l'on pense en général que lorsque la hernie est épiploïque, et que le cours des matières dans le tube digestif n'est pas interrompu, l'on peut différer davantage l'opération. Le fait suivant prouvera ce que cette conduite peut avoir de fâcheux résultats :

Observ. 5ᵉ. Fréderic Hahn, cordonnier, âgé de cinquante ans, est atteint, depuis cinq jours, d'une hernie étranglée, avec douleurs abdominales et constipations.

Le troisième jour, il était survenu des vomissemens qui durèrent toute la journée.

Cinquième jour. Tranchées et constipation; pouls un peu faible, sans autre altération. Tumeur de la grosseur du poing, sortant par l'anneau inguinal gauche, résistante, sans changement de couleur à la peau, peu douloureuse par elle-même, mais sensible à la pression. (Le matin, lavement de mauve, bain prolongé et cataplasme émollient.)

Midi. Comme il n'y a point de changement dans l'état du malade, la potion oléoso-saline de Richter est ordonnée, et peu après on administre un lavement laxatif.

Soir. Absence de fièvre; dans la journée, trois selles, qui n'ont point influé sur la tumeur; on continue à la couvrir de cataplasmes émolliens. (Un bain est ordonné pour le lendemain à cinq heures du matin.)

Sixième jour. Au sortir du bain, le malade est très-faible; la tumeur, d'un rouge vif, est très-douloureuse au toucher; il survient des vomissemens; le pouls est petit et accéléré. L'opération est résolue et exécutée dans la matinée.

Le sac, formé de plusieurs couches épaisses, contenait, outre une grande portion d'épiploon d'un rouge foncé, avec des vaisseaux sanguins très-apparens, un fluide limpide et des hydatides flottantes, légèrement fixées au sac par une pseudo-membrane qui se réfléchissait sur l'épiploon. Après avoir suffisamment débridé l'anneau inguinal, on parvint, non sans quelque peine, à réduire l'épiplocèle. Les bords de la plaie furent réunis par des bandelettes agglutinatives; peu après on administra un lavement émollient, qui fournit une selle peu abondante.

Dans la journée, ventre tuméfié et tendu vers la ré-

gion épigastrique; partie inférieure du thorax fortement poussée en avant. (Fomentations émollientes, bouillon léger.)

Deuxième jour après l'opération. Dans la nuit, le malade vomit à l'instant tout ce qu'il prend; abdomen comme la veille, douloureux, mais seulement à la partie tuméfiée; pouls faible. (Potion huileuse avec laudanum, embrocations d'huile calmante; fomentations de fleurs de camomille; lavemens émolliens, rendus aussitôt sans produire aucun effet.) Toutes les boissons sont rejetées, à l'exception d'un peu d'eau vineuse, et surtout quand elles sont chaudes; épigastre toujours très-tendu et douloureux. Le soir, on prescrit une potion gommeuse éthérée, que le malade garde; on redonne un lavement, qui reste.

Troisième jour. Pendant la nuit, hoquet, sans vomissemens; le matin, langue rouge et humide, abdomen comme hier; le malade demande avec instance une boisson froide, qui lui est accordée. (Potion gommeuse éthérée, qui est supportée.) Le soir, pouls faible et accéléré.

Quatrième jour. Le matin, langue rouge et sèche, soif, pouls petit et très-accéléré, retour de la chaleur par tout le corps; deux selles après un lavement. (Même potion, et fomentations de mauve et de camomille.)

Depuis deux heures de l'après-midi, hoquet et vomissemens, qui cessent dans la nuit; vers le matin, deux selles, suivies de sommeil.

Cinquième jour. Au matin, ventre moins tuméfié, épigastre moins tendu et moins douloureux, pouls presque normal, langue rouge et aphteuse; dans la journée, vomissement; le soir, flux diarrhéique; ventre affaissé; pouls très-petit et accéléré. (Même médication.)

Sixième jour. Dans la nuit, refroidissement des extré-

mités, vomissement vers le matin, ventre plus tendu, augmentation du froid des membres, pouls extrêmement faible; soif vive, avec appétence de boissons fraîches. Le malade conserve sa présence d'esprit jusqu'à son dernier soupir, qu'il rend à dix heures du matin.

Examen cadavérique. Bords de la plaie rapprochés et collés aux parties voisines; tube digestif généralement distendu par des gaz; gros intestins, sans altération bien manifeste de couleur, unis entre eux et avec le péritoine par une couche de lymphe coagulable; cavité péritonéale contenant une petite quantité d'un fluide brunâtre très-fétide; dans le petit bassin, ce fluide est puriforme; colon transverse, tiré en bas vers la région inguinale gauche; grand épiploon roulé sur lui-même, présentant une couleur grise-brunâtre, sans altération de consistance, mais répandant une odeur infecte.

Réflexions. A la lecture attentive de cette observation, on éprouve un sentiment de regret de ce que l'opération, au lieu d'être faite dans la matinée du sixième jour de l'étranglement, ne l'ait pas été au moins le cinquième au soir; mais le malade venait d'avoir plusieurs évacuations alvines; l'absence de vomissemens et de fièvre, le peu de douleur à la tumeur, qui ne présentait point au dehors des signes d'inflammation; tout, en un mot, devait faire espérer que le bain, donné le lendemain de très-bonne heure, favoriserait la réduction de l'épiplocèle; et en cas de non-réussite, restait toujours la ressource de l'opération. Il n'en fut pas ainsi, le délai d'une nuit devint fatal.

IV.

Nécessité de tirer le col du sac au dehors après l'avoir incisé, dans les cas où il cause l'étranglement.

Dans tous les livres de chirurgie, on insiste sur la nécessité de tirer au dehors une portion d'intestin non herniée avant d'opérer la réduction; on recommande la même précaution pour l'épiploon. L'observation que je vais rapporter montrera combien il importe d'en agir de même pour le sac herniaire, surtout quand l'étranglement en dépend.

Observ. 6e. Madeleine Kohler, âgée de trente-cinq ans, bien constituée, d'une bonne santé, mère de plusieurs enfans, portait, depuis huit ans, dans l'aine droite, une tumeur, qui avait insensiblement pris le volume d'un œuf de poule, sans incommoder autrement que par la gêne qu'elle occasionait dans la marche.

Au mois de mai 18.., il survint des vomissemens et des coliques, qui se dissipèrent bientôt pour ne reparaître qu'au 20 avril de l'année suivante. Dans cet intervalle, il fut fait quelques frictions mercurielles, d'après le conseil d'un officier de santé, qui avait pris cette tumeur pour un engorgement glanduleux. On n'avait jamais appliqué de bandage herniaire.

Le soir du jour indiqué, après un léger repas, la femme Kohler éprouva des nausées, et eut une défaillance, qui dura près d'une heure; elle fut prise ensuite de coliques et de vomissemens qui firent rendre tous les alimens de la journée. Un officier de santé du voisinage étant appelé, ordonna une poudre aérophore et de l'infusion de camo-

mille; cependant les vomissemens et les coliques continuèrent toute la nuit.

Le 21 (deuxième jour). Un lavement reste sans effet; dans la matinée, la malade supporte une boisson vineuse; mais dans l'après-midi, elle est reprise de vomissemens.

Le 22 (troisième jour). Nuit assez bonne; dans la journée, les vomissemens recommencent et sont provoqués par tout ce que la malade prend. On lui donne alors de la liqueur anodine d'Hoffmann avec du laudanum. Comme le mal résistait à tous ces moyens, je fus appelé dans la soirée. Bien que novice encore en chirurgie, il me fut facile de reconnaître que tout le désordre provenait d'une hernie crurale étranglée; la tumeur, très-tendue et douloureuse au toucher, était du volume d'un poing. Au dire de la malade, elle avait toujours été irréductible. Les coliques et la constipation persistaient, et le pouls était très-faible. (Lavement, ensuite bain tiède de deux heures, pendant lequel j'essayai à plusieurs reprises la réduction, mais en vain.)

Au sortir du bain, il y eut une selle; la tumeur parut alors moins tendue et diminuée de volume. (Fomentations froides de Schmucker sur la hernie; boisson mucilagineuse.) J'ordonnai encore un lavement et un bain pour le lendemain matin, prévenant, que si la réduction ne s'en suivait pas, il faudrait appeler un chirurgien expérimenté pour faire immédiatement l'opération.

Le 23 (quatrième jour). Dans la nuit, la malade eut deux vomissemens d'un liquide brunâtre, et des nausées continuelles, accompagnées d'ardeur à la gorge. Dès le matin, on donna le bain prescrit; il survint une lipothymie, pendant laquelle la réduction fut encore tentée sans résultat. Dans ces circonstances, je déclarai l'opération ur-

gente. La malade fut aussitôt transportée dans une maison de santé, où elle fut opérée à dix heures du matin par le chirurgien spécialement attaché à cet établissement.

L'opération ne présenta en apparence rien de particulier; une anse intestinale, coiffée d'une portion d'épiploon, l'un et l'autre à l'état normal, formait la tumeur herniaire; l'étranglement était au col du sac. Après l'avoir suffisamment débridé et opéré la réduction, les bords de la plaie furent réunis par des bandelettes agglutinatives.

Après l'opération, le pouls se relève, et la malade semble assez bien; mais au bout d'une heure, les vomissemens recommencent, le ventre se tuméfie; tranchées violentes, soif intense, pouls concentré.

La persistance des symptômes de l'étranglement a fait penser à l'opérateur que les parties réduites s'étaient de nouveau échappées au dehors; les bords de la plaie furent en conséquence séparés; mais comme l'ouverture crurale parut libre, on les réunit aussitôt. (Fomentations et lavemens émolliens; potion huileuse.) Dans la soirée, léger amendement dans les symptômes, qui reprennent leur intensité dans la nuit.

Second jour de l'opération. Le matin, il n'y a de vomissemens que lorsque la malade prend quelque chose; les lavemens restent sans effet; abdomen légèrement tuméfié, non douloureux; traits de la face profondément altérés; pouls faible et accéléré. Dans l'après-midi, oppression, bourdonnement d'oreilles, somnolence, pouls très-petit, à 125. Le soir, délire, agitation, retour des vomissemens jusqu'à minuit. Mort à deux heures du matin, après une légère agonie.

Examen anatomique. Commencement d'adhésion entre les bords de la plaie. Les intestins grêles sont réunis en

paquet par une exsudation de lymphe coagulable; près de l'arcade crurale droite, se trouve collé contre les parois abdominales le sac herniaire, contenant encore une anse du jéjunum et une portion d'épiploon, tous deux d'un rouge violacé et couverts d'une pseudo-membrane; l'intestin et l'épiploon sont retenus par la constriction qu'exerçait sur eux un anneau d'une ligne et demie de large, formé par le col du sac incomplètement incisé. J'ai déposé au musée de la Faculté la pièce anatomique, et un dessin qui la représente exactement dans toutes ses parties.

Réflexions. J'ai noté toutes les circonstances de la maladie de la femme Kohler, avec une exactitude religieuse, tant j'en ai été péniblement affecté au début de ma carrière médicale. La mort de cette mère de famille n'aurait probablement pas eu lieu, si en tirant bien au dehors le sac qui n'était point adhérent, on eût cherché à s'assurer que la cause de l'étranglement avait été complètement levée, et si en même temps qu'on poussait devant soi l'intestin et l'épiploon pour les réduire, on eût pris la précaution essentielle d'opérer une traction en sens opposé sur le sac herniaire.

Peut-être encore dans ce cas aurait-on pu empêcher l'issue fatale, en ne se bornant pas à séparer les bords de la plaie lorsqu'on vit les accidens de l'étranglement persister et même augmenter, mais en pénétrant aussitôt avec les doigts ou des pinces dans la cavité péritonéale, pour amener au dehors les parties qui avaient été herniées, et voir si elles n'étaient pas dans un état de constriction par une cause quelconque. D'ailleurs, en explorant avec soin l'abdomen, on aurait sans doute reconnu les parties réduites en bloc, à une grosseur placée non loin de l'anneau aponévrotique qui leur avait livré passage.

De l'influence de la fabrication de tabac sur la santé des ouvriers, par MAURICE RUEF.

A une époque où l'observation et l'analyse ont fait faire tant de progrès aux sciences naturelles, la médecine, la plus importante de toutes, ne devait pas rester en arrière; en effet, c'est par ces deux voies que sous le rapport du diagnostic de certaines affections, nous sommes arrivés à un degré de certitude que n'avaient pu atteindre nos prédécesseurs. Je ne citerai pour exemple que la pleurésie et la pneumonie, qu'il n'est plus permis à un médecin un peu instruit de méconnaître, lors même que les signes rationnels de ces deux affections laisseraient quelque doute sur leur nature. Mais ce qu'on a fait pour l'étude du siége, des causes prochaines, je dirai presque individuelles, des maladies, on l'a peut-être un peu trop négligé pour arriver à la connaissance des causes générales, des influences agissant ou pouvant agir sur un grand nombre d'individus à la fois. Nous sommes certainement sous ce rapport un peu en arrière des anciens; on sait avec quelle exactitude admirable Hippocrate a décrit dans ses *Épidémies* les constitutions atmosphériques; après ce grand observateur, dont les écrits resteront toujours comme un modèle pour la postérité, Sydenham, et, plus tard, les médecins de l'école de Vienne ont tenu compte, dans leurs ouvrages, des influences telluriques et météorologiques, et nous ont laissé des descriptions de ce genre, dignes d'être méditées.

De nos jours, où l'industrie manufacturière a pris une si grande extension, à l'examen des causes générales anciennement connues, il faut ajouter celui des influences

nuisibles ou favorables qui peuvent résulter pour la santé publique et individuelle, de la manière de vivre, des mœurs, habitudes et genres d'occupations de l'immense partie des populations modernes adonnée aux travaux de l'industrie: c'est une question toute palpitante d'actualité; chercher à la résoudre, contribuerait puissamment à avancer le grand problème qui domine aujourd'hui toutes les discussions : l'amélioration progressive, mais réelle et efficace de la condition des classes ouvrières. C'est aux médecins qui vivent parmi elles, chargés du soin de veiller à la conservation de leur santé, d'entreprendre et d'accomplir cet œuvre qui profiterait non moins à la science qu'à l'humanité.

Attaché, depuis deux ans et demi, à la manufacture royale des tabacs à Strasbourg, je viens aujourd'hui apporter ma faible part de matériaux au grand édifice que beaucoup de mains éleveront. J'ai cherché avec grand soin à quelles influences salutaires ou nuisibles pouvait être exposée la santé des ouvriers employés dans cet établissement.

Il paraîtra peut-être téméraire d'écrire sur un pareil sujet, après l'excellent travail de MM. Parent-Duchatelet et d'Arcet (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. 1er, p. 169. Paris, 1829); mais je crois que c'est encore rendre service à la science que de chercher à confirmer par l'observation ce que d'autres ont déjà avancé. Mes remarques sont en grande partie conformes à celles faites par ces savans; peut-être aurai-je quelques vues nouvelles à avancer. Puisse le public les accueillir avec intérêt!

Je diviserai mon travail en deux parties.

Dans la première, je parlerai de quelques procédés que l'on fait subir au tabac en France pour la fabrication de

la poudre et du scaferlati; puis je dirai quelques mots sur la fabrication du tabac en Allemagne.

Dans la seconde partie, j'examinerai la condition des ouvriers, l'influence qu'exerce le genre de leurs occupations sur la santé, et si les émanations du tabac ont une action spéciale comme cause ou comme préservatif de certaines maladies.

Avant d'entrer en matière, on me permettra d'adresser des remercîmens bien sincères à l'administration supérieure de la manufacture des tabacs à Strasbourg pour les renseignemens qu'elle a bien voulu me donner, et pour l'empressement philantropique qu'elle met à me seconder dans mes rapports avec les ouvriers.

De quelques procédés de fabrication qui peuvent avoir de l'influence sur la santé des ouvriers.

Je ne crois pas sans intérêt d'entrer à cet égard dans quelques détails qui aideront à comprendre ce que j'aurai à dire dans ma seconde partie.

Époulardage. Cette opération consiste à délier les bottes de tabac, à secouer et trier les feuilles qui les composent; elle produit une grande quantité de poussière, composée de terre et de parcelles de tabac.

Mouillade. Les feuilles destinées à la fabrication du tabac à priser et à fumer sont étendues par couches d'environ 100 kilogrammes. Les ouvriers arrosent chaque couche avec de l'eau légèrement salée.

Formation et démolition des masses en fermentation. Au fur et à mesure que le tabac est haché, il est porté dans des salles bien closes, où l'on forme, suivant la capacité de ces ateliers, deux ou trois masses contiguës. On suit la

marche de la fermentation à l'aide d'un thermomètre qui indique l'époque à laquelle une masse doit être examinée pour juger son degré de fermentation. Le signe d'une bonne fermentation, d'une fermentation achevée, c'est la production d'un filon de tabac carbonisé, et l'expérience prouve que cet effet se manifeste presque toujours, pour les masses dont la température s'élève au-dessus de + 60°, après cinq ou six mois de fermentation. C'est alors que l'on démolit la masse pour la livrer au rapage; les ouvriers chargés de ce travail sont exposés à des vapeurs très-épaisses qui ont une odeur acide très-prononcée.

Mouillade, tamisage et fermentation du tabac râpé. Après avoir été râpé, le tabac est mouillé une seconde fois pour le disposer à fermenter de nouveau; ensuite il est tamisé et transporté dans des cases, dont la capacité est d'environ 25,000 kilogrammes. Le tabac râpé reste en case pendant sept à huit mois; le maximum de la chaleur, au centre des cases, est de + 45 à 50° centigrades.

Lorsque le râpé a acquis le montant convenable, il est retiré de la case, tamisé de nouveau et mis dans des tonneaux. Pendant la vidange des cases, les ouvriers sont exposées à des émanations très-nombreuses, dont la nature est alcaline.

Torréfaction du scaferlati. Le tabac destiné à la fabrication du scaferlati étant haché au degré de finesse nécessaire, est transporté sur des fours dont les plaques comportent une température très-élevée, pour être suffisamment desséché; le scaferlati doit rester quelques minutes sur ces fours; il se dégage, pendant cette opération, une vapeur très-épaisse et très-âcre qui remplit tout l'atelier.

Dans les manufactures de Paris et du Hâvre, on se sert de la vapeur pour chauffer les plaques, sur lesquelles le

scaferlati est étendu; la température de ces plaques étant moins élevée, il ne se forme pas de vapeurs aussi denses que dans l'autre méthode de torréfaction.

En France, la fabrication du tabac en poudre a pour base deux fermentations complètes, l'une qui développe l'arôme, l'autre qui produit le montant. Il n'entre aucune substance étrangère dans cette fabrication. En Allemagne, pour donner de la force au tabac en poudre, en emploie de l'ammoniac, de la soude et de la potasse, et pour lui donner un arôme agréable, des sauces plus ou moins odorantes. Le procédé des doubles fermentations n'y est point connu, et, en général, on y fait peu fermenter le tabac.

Les feuilles destinées à la fabrication des tabacs à fumer, après avoir été lavées à grande eau, sont imbibées d'une préparation odorante, puis elles sont hachées, et le scaferlati est étendu dans des séchoirs. La composition de ces préparations ou sauces varie à l'infini; en général, la vanille, la cannelle, l'eau de rose et la fleur d'oranger en forment la base. Il y a une sauce particulière pour chaque espèce de scaferlati; ainsi le varinas, le portorico, le canaster d'Allemagne sont préparés avec des sauces qui ne diffèrent que par les proportions dans lesquelles les substances désignées ci-dessus y sont employées. Tous les tabacs à fumer de bonne qualité sont préparés de cette manière.

De la condition des ouvriers, de l'influence qu'exerce sur leur santé leur genre d'occupations et des maladies dont les émanations de tabac paraissent devoir préserver.

En parcourant les auteurs, on trouve beaucoup d'observations de maladies dont la cause est attribuée à l'action du tabac; nous n'entendons parler ici que de celles qui peu-

vent résulter de la manipulation de cette plante dans les fabriques; cependant, si nous consultons les observations des médecins attachés à ces sortes de manufactures, nous voyons que presque toutes tendent à conclure à l'innocuité de cette manipulation: je citerai encore ici le travail de MM. Parent-Duchatelet et d'Arcet.

Je me permettrai maintenant de donner mes propres remarques:

Le nombre des ouvriers employés à la manufacture royale de tabac s'élevait, en novembre 1834, à 201, dont 126 hommes et 75 femmes.

29 étaient occupés comme journaliers [1];
7 à la mouillade;
29 à l'époulardage et à l'écotage;
3 au hachage de la poudre;
8 au tamisage et emballage;
13 au filage et rôlage des rôles;
17 au hachage du scaferlati;
16 à la torréfaction du scaferlati;
40 au paquetage du scaferlati;
3 à l'emballage du scaferlati;
4 à l'étendage du scaferlati;
32 aux cigarres.

201 ouvriers.

Les ouvriers paraissent en général satisfaits de leur condition. Les hommes gagnent de 2 fr. à 3 fr. 50 c. par jour, les femmes 1 fr., les enfans 50 centimes. Tous ont à vivre, chez quelques-uns même on remarque une certaine aisance; ils ont, comme cela se remarque ordinairement dans le peuple, une famille nombreuse; chez eux chaque membre de la famille gagne son pain; ceux qui ne sont pas occupés à la fabrication du tabac trouvent d'autres ressources dans

[1] Parmi ce nombre 8 travaillent au moulin d'Illkirch.

notre ville, où le travail manque rarement; tous leurs enfans savent lire et écrire ou suivent les écoles primaires; ceux qui travaillent à la fabrication du tabac pendant la journée, fréquentent les écoles du soir, instituées par la philantropie de nos concitoyens pour les ouvriers indigens.

La moralité de nos ouvriers est assez satisfaisante; on reproche seulement aux hommes d'aimer un peu la boisson; quant aux femmes non mariées, qui sont au nombre de 29, âgées de dix-sept ans et plus, 12 ont eu des enfans.

Les maladies sont assez rares parmi eux, et c'est plutôt dans leurs très-nombreuses familles que chez eux-mêmes que je compte le plus de maladies.

Les affections les plus fréquentes sont des rhumatismes légers, connus communément sous le nom de courbature ou de refroidissement, et pour lesquels le médecin n'est le plus souvent pas consulté. J'ai de préférence questionné sur l'état de leur santé les ouvriers qui sont entrés depuis très-peu de temps dans la manufacture, parce qu'ils se rappellent mieux que les autres l'influence des émanations du tabac sur leur corps. De 18 ouvriers entrés depuis sept mois (en novembre 1834), et habitués auparavant à vivre dans une atmosphère plus large et exempte de vapeurs étrangères; des jeunes filles, des enfans, dont 1 de six ans, et des militaires en congé de libération, aucun ne s'est plaint de quelque changement dans l'état de sa santé.

Il est cependant un genre d'occupations qui fait éprouver aux ouvriers qui s'y livrent des accidens assez graves, mais passagers, je veux parler du travail dans les cases; là les émanations sont extrêmement actives et abondantes; il arrive souvent que les nouveaux employés, et même les anciens, sont pris de mal de tête, de vertiges, de tremblemens dans les membres et de vomissemens; leur transpi-

ration est abondante, leur soif extrême; en buvant de l'eau leur estomac se gonfle, et il survient immédiatement du vomissement. Dans ce cas la boisson qu'ils préfèrent est la bière, le vin leur paraît contraire; leur appétit, qui est en général fort, se trouve considérablement diminué; les ouvriers employés dans ces cases ont l'habitude de prendre chaque matin un jaune d'œuf battu dans du bouillon gras; du vinaigre fort inspiré par les narines suffit le plus souvent pour dissiper les symptômes, qui, du reste, n'ont jamais eu de suites fâcheuses.

Si l'on examine maintenant l'âge des ouvriers et la durée du temps qu'ils ont passé dans la manufacture, on en conclura qu'il n'y existe point de causes nuisibles à leur santé.

Au mois de novembre 1834, il y avait

1	enfant	de 6 ans.
17	ouvriers	de 10 à 15 ans.
14	—	15 à 20 ans.
38	—	20 à 30 ans.
39	—	30 à 40 ans.
55	—	40 à 50 ans.
24	—	50 à 60 ans.
10	—	60 à 70 ans.
3	—	70 à 80 ans.
201	ouvriers.	

A la même époque,

18	ouvriers	étaient employés	de 1 à 3 mois.	
31	—	—	de 3 mois à 1 an et plus.	
15	—	—	depuis plus de 5 ans.	
22	—	—	—	10 ans.
30	—	—	—	15 ans.
13	—	—	—	20 ans.
72	—	—	depuis 1811.	
201	ouvriers.			

Cette dernière époque est, comme on le sait, celle de l'établissement du monopole en France; beaucoup de ces ouvriers entrés alors dans les manufactures de l'État avaient déjà été employés précédemment dans des établissemens particuliers; ainsi, quelques-uns peuvent être présumés avoir passé leur vie à la fabrication des tabacs.

J'aurais pu augmenter de beaucoup le chiffre en prenant les ouvriers qui travaillent dans les magasins en ville; mais comme ils ne sont employés qu'une partie de l'année, je n'en aurais obtenu que des résultats imparfaits; toutefois les tableaux tels que je les donne suffiront probablement, pour démontrer qu'il est peu de professions desquelles la santé ait moins à souffrir que celle des ouvriers en tabac.

Sur le nombre des malades que j'ai eus à traiter pendant deux ans et demi, je n'ai eu que deux pertes à regretter; l'un de ces malades était un ancien soldat des guerres de l'empire, affecté d'une carie des os du crâne, laissant à nu, dans plusieurs endroits, la dure-mère, dans l'étendue d'une pièce de 40 sous; soupçonnant chez cet individu, avec quelque raison, une cachexie vénérienne, j'avais commencé avec quelque succès un traitement mercuriel, lorsqu'une hémoptysie, que rien ne put arrêter, vint l'enlever au bout de trente-six heures [1].

[1] Pendant que ce travail était sous presse, j'ai été appelé chez un nommé Luck, âge de quarante-sept ans, employé dans l'atelier du paquetage, d'un tempérament lymphatico-sanguin, robuste. Il y a dix ans, il reçut un coup sur le sommet de la tête, qui le renversa sans connaissance; depuis ce temps, il était atteint de céphalalgie et de vertiges qui, pourtant, ne l'empêchèrent pas de travailler.

Le 17 janvier, au matin, sa femme a remarqué quelques incohérences dans les idées; vers le soir, il est allé à la brasserie, où, dit-on, il est tombé sans connaissance; on le porta à la maison,

Le second malade est un nommé A. T., âgé de soixante-quatre ans, employé depuis dix-neuf ans, affecté depuis deux ans d'une éruption dartreuse; il se frictionnait depuis un an avec un onguent dont je n'ai pu connaître la composition; les dartres disparurent, mais il survint une fièvre

où il se plaignit d'une forte céphalalgie, en portant sans cesse la main sur le sommet de la tête. Un de ses camarades, qui le reconduisit, lui envoya immédiatement un officier de santé qui pratiqua le lendemain une saignée générale, appliqua huit sangsues aux tempes et un vésicatoire à la nuque.

Le 19. Je l'ai trouvé dans l'état suivant : Coma; connaissance par moment, alors parole très-lente et pénible; pupilles peu mobiles, regard un peu fixe; langue humide, non déviée; urines involontaires; vue et ouïe conservées; pouls complétement naturel; respiration à l'état normal; constipation; point de paralysie. (Vingt sangsues aux tempes, lavement purgatif.)

Le 20. Même état. (Calomel, glace sur la tête, sinapismes aux pieds.)

Le 21. Coma plus prononcé; pouls naturel; constipation; commencement de paralysie du bras et de la jambe droits, conservant encore un peu de sensibilité quand on les pince. (Vésicatoire sur la tête, sinapismes aux jambes, calomel.)

Les 22 et 23. Même état; pouls toujours à l'état naturel, mais paralysie complète du côté droit; mâchoire serrée. (On entretient le vésicatoire sur la tête et on en place deux autres aux mollets.)

Le 24. Mort.

L'autopsie n'a pas été accordée.

En remontant à la cause de cette maladie, il n'y a pas de doute qu'il ait existé ici une affection organique du cerveau; mais préciser la nature et le siége d'une manière positive, me paraît trop hasardeux; si l'anatomie pathologique du cerveau a fait des progrès dans ces derniers temps, le diagnostic me paraît, quoi qu'on en dise, peu avancé. Combien d'observations ne pourrions-nous pas citer où, lors de l'autopsie, on trouve des désordres de presque tout le cerveau, sans aucun signe appréciable pendant la vie, et par contre, avec des symptômes en apparence les plus tranchés d'une hydrencéphale, d'une méningite, etc., le cerveau a été trouvé à l'état normal.

inflammatoire avec congestion cérébrale; le malade s'était obstinément refusé à toute saignée; il succomba, malgré tous les autres soins, avec tous les symptômes d'une véritable céphalite.

L'observation suivante m'a paru digne d'être rapportée comme pouvant prouver l'innocuité des émanations du tabac sur la vie même du fœtus.

Anne-Marie S., de Strasbourg, fille âgée de dix-sept ans, taille moyenne, lymphatique, entra à la clinique le 14 mars 1826, se disant à la fin de sa première gestation, pendant laquelle elle s'était toujours bien portée. A onze heures du matin, les membranes s'étaient rompues sans douleurs préalables et sans qu'elle ait su attribuer à quelque cause le départ des eaux. A son entrée à la clinique, à une heure après midi, on trouva que le col de l'utérus avait disparu, l'orifice était à peine entr'ouvert. Peu après, quelques douleurs légères et vagues se firent ressentir dans le bas-ventre, les eaux coulèrent toujours en petite quantité. A six heures du soir, de véritables contractions se déclarèrent, et continuèrent avec assez de force et de fréquence; et ce n'est qu'à six heures du matin qu'elle accoucha d'une petite fille vivante et bien constituée, pesant quatre livres trois-quarts et mesurant dix-sept pouces.

Cette observation, extraite du *Journal d'accouchement* de M. le professeur Stoltz, qu'il a bien voulu me confier, est suivie de réflexions très-intéressantes sur la rupture de la partie inférieure du vagin qui eut lieu dans ce cas, mais nous n'en parlerons pas ici. Une autre circonstance qui a trait à notre sujet, c'est la remarque faite, que lors de la sortie du fœtus et des eaux qui l'accompagnèrent, celles-ci avaient une odeur *forte et pénétrante,* qu'on compara à celle du *tabac en fermentation;* en questionnant la fille

sur la profession qu'on avait ignorée, elle dit qu'elle était ouvrière dans un *magasin de tabac.*

Par ce qui précède, on vient de voir que la manière dont on prépare et fabrique le tabac en France ne nuit point à la santé des ouvriers. Il paraîtrait qu'en Espagne, en Angleterre et en Allemagne les résultats sont moins favorables; serait-ce parce que dans les deux premiers pays on ne mouille pas comme chez nous les feuilles avant de les préparer, ainsi que l'avance M. Pointe, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon (Académie de médecine; séance du 12 juin 1827), ou cela tiendrait-il au mélange de substances étrangères plus ou moins irritantes, ainsi que cela ce pratique en Allemagne. Nous ne tenterons pas de le décider.

J'arrive enfin à la partie la plus importante de mon travail, c'est-à-dire à la question de savoir si les émanations du tabac n'agissent pas comme préservatif de certaines maladies. J'examinerai ici les affections de poitrine; on sait combien elles sont fréquentes dans les grandes villes, et on peut dire qu'on ne les rencontre nulle part ailleurs en si grand nombre qu'à Strasbourg. J'ai donc dû être frappé de voir que ce genre d'affection était en bien moindre proportion parmi les ouvriers en tabac que dans nos hôpitaux et dans les autres classes du peuple. Cette circonstance remarquable attira mon attention; j'interrogeai les ouvriers, et le résulat de mes investigations fut le suivant: Beaucoup d'entre eux toussent depuis un grand nombre d'années, sans que la maladie de poitrine ait fait des progrès; les individus atteints de toux consultent même rarement le médecin; chez quelques-uns, le mal de poitrine a évidemment diminué; chez d'autres, il a entièrement disparu.

A ces remarques générales je joindrai quelques observations particulières :

F. S., âgée de vingt-quatre ans, mariée, mère de deux enfans ; son père et sept de ses frères et sœurs sont morts, le premier à l'âge de quarante-six ans, les autres très-jeunes ; la mère et un frère vivent encore : ce dernier que l'on crut long-temps atteint de phthisie pulmonaire commençante ; étant plus tard devenu soldat, changea de climat et se rétablit. La femme S. est elle-même d'une constitution délicate, chétive, d'un tempérament lymphatique ; elle travaille depuis trois ans à la manufacture de tabac ; elle est affectée d'une toux qu'elle avait contractée un an avant son entrée, et a eu des hémoptysies à huit reprises différentes. Dans les commencemens, elle était occupée à porter de fortes charges de feuilles de tabac sur le dos ; l'administration la fit placer, sur ma prière, dans l'atelier des cigarres, où elle a un travail moins fatigant, restant assise toute la journée et n'étant plus aussi exposée aux intempéries de l'air. Aujourd'hui (janvier 1836), seize mois après son changement d'occupations, cette femme se porte bien ; sa toux a disparu, et elle a pris de l'embonpoint.

Certes, le nouveau genre d'occupations qui avait succédé au premier, évidemment nuisible à sa santé, a dû être pour quelque chose dans le retour de cette dernière ; mais si nous ne perdons pas de vue que la malade toussait déjà avant son entrée à la manufacture, qu'elle avait même craché du sang, et qu'il y avait chez elle une prédisposition héréditaire évidente, nous serons portés à conclure que l'atmosphère de tabac, au milieu de laquelle elle vit depuis long-temps, a contribué pour une part à la disparition de l'affection de poitrine.

N. G., de l'atelier de filage, âgé de onze ans, a eu des hémoptysies très-fortes six mois avant son entrée à la manufacture; il était en même temps affecté d'une toux, qui, après avoir persisté encore pendant quelque temps, a fini par disparaître un mois après son admission; aujourd'hui, la percussion donne un son clair des deux côtés, et la respiration s'entend distinctement dans toute l'étendue du thorax.

S. D., âgé de trente-huit ans, employé à la mouillade, travaille à la manufacture depuis 1824; il est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin; depuis plusieurs années, il est tourmenté d'une toux qu'accompagnent fréquemment de fortes hémoptysies. A un examen fait, il y a trois mois, la poitrine était sonore au côté droit, mais rendait un son mat sous la clavicule gauche; le bruit respiratoire était affaibli à cet endroit.

Cette observation peut paraître défavorable au premier abord à notre manière de voir; mais il est à remarquer que cet homme est adonné à la boisson, et s'est trouvé souvent dans un état d'ivresse; aujourd'hui que la mauvaise santé le force à la tempérance, il va beaucoup mieux.

Q., âgé de trente-sept ans, ouvrier depuis 1816; il y a dix ans, il eut une toux avec crachement de sang; depuis quelques années ces deux symptômes ont disparu, et la santé s'est maintenue intacte.

W., âgé de trente-neuf ans, ouvrier depuis son enfance, atteint, depuis près de quinze ans, d'une toux très-forte qui fut suivie même de crachemens de sang; il y a dix ans, le malade a vu peu à peu disparaître ces symptômes fâcheux; la toux est aujourd'hui presque nulle.

De ces considérations et des faits particuliers que j'aurais désiré pouvoir donner avec plus de détails, je ne me hâ-

terai pas de conclure d'une manière toute positive que les émanations du tabac agissent toujours comme préservatif dans les maladies de poitrine et notamment dans la phthisie, mais toujours résulte-t-il de mes observations que chez aucun de mes malades la lésion pulmonaire n'a fait de progrès, que chez quelques-uns elle est restée stationnaire, et que chez d'autres même elle a évidemment rétrogradé; quoi qu'il en soit, la matière m'a paru trop intéressante pour ne pas être étudiée avec soin. Je me promets d'y revenir, et j'engage mes confrères, attachés comme moi aux manufactures de tabac, à faire des recherches de leur côté.

Je ne crois pouvoir mieux terminer mon article qu'en rapportant l'opinion d'un confrère déjà honorablement connu dans le monde savant, M. le docteur Kuhn, de Niederbronn. Ce médecin a bien voulu me communiquer dans une lettre ses idées sur cette matière, idées qui me sont entièrement favorables; je les transcris ici, persuadé que cette petite indiscrétion, toute dans l'intérêt de la science, me sera facilement pardonnée.

« L'influence d'une atmosphère chargée des émanations « du tabac, comme préservatif de la phthisie tuberculeuse « est un fait digne de remarque, et qui mérite d'attirer « l'attention de tous les médecins. Le fait me paraît avoir « beaucoup de vraisemblance; et jamais, je puis bien le « dire, je n'ai observé dans ma pratique que l'usage du « tabac en fumée ou en poudre ait eu un mauvais effet sur « la marche de la phthisie, dans les cas, bien entendu, où « il n'y avait pas de complication de bronchite.

« Le poumon, fréquemment imprégné des émanations « narcotiques du tabac, devient par là moins susceptible « d'être impressionné par les causes génératrices de la

« phthisie; le tabac semble augmenter sa force de résis-
« tance, comme lors des épidémies il augmente la force de
« résistance de tout l'organisme contre le principe mias-
« matique. Ce n'est pas une observation nouvelle en méde-
« cine qu'un état de narcose préserve d'influences délé-
« tères; on sait que l'usage des alcooliques émousse la
« susceptibilité organique pour le *malaria*, pour l'air des
« fosses d'aisance, etc. Par son influence continuelle, le
« tabac peut donc neutraliser l'effet des causes produc-
« trices de la phthisie.

« Au reste, les narcotiques jouissent depuis long-temps
« de beaucoup de vogue dans le traitement de cette maladie;
« nous n'avons qu'à citer la digitale, l'aconit, le phellandre
« aquatique, la ciguë, l'acide hydrocyanique et l'eau de
« laurier-cerise, etc.

« Je crois que le tabac est surtout propre à neutraliser
« celles des causes qui dépendent du milieu atmosphérique
« dans lequel nous vivons; ainsi l'air des grandes villes,
« l'air humide et obscur, circonstances qui comptent parmi
« les causes de la phthisie; mais, malgré cela, je suis per-
« suadé que le tabac agit aussi en ralentissant l'effet des
« autres causes, comme l'hérédité. »



Mémoire sur les tumeurs ganglionnaires de la région cervicale. (Clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction.)

Placés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, et destinés, selon toute apparence, à faire subir une élaboration au fluide que ces derniers contiennent, les ganglions lymphatiques s'engorgent assez souvent, et donnent naissance à des tumeurs plus ou moins volumineuses, mais qui ne sont nulle part plus fréquentes qu'à la région cervicale. Jusque dans ces derniers temps, ces tumeurs n'avaient guère fixé l'attention des praticiens; et à part M. Larrey, qui, consulté pour un engorgement squirrheux de ganglions situés à la région moyenne du cou, en conseilla et en fit l'extirpation; à part quelques autres faits assez rares, consignés dans les livres de l'art, la science ne possédait aucune notion régulière sur ces engorgemens, si fréquens dans les contrées froides et humides. Toutefois, il est facile de pressentir que leur enlèvement doit, comme opération chirurgicale, présenter peu de difficultés dans l'exécution, et n'exiger qu'un temps assez court pour la guérison. Ces prévisions, appuyées sur la théorie et justifiées par des faits récens, avaient, depuis long-temps, porté M. Bégin à établir en principe, que toutes les fois que les ganglionnites étaient de nature à apporter de la gêne dans les mouvemens des parties voisines ou à incommoder le malade, il fallait les enlever pour l'en débarrasser. Ces préceptes, comme on le voit, avaient pour but de transformer en une opération régulière une opération considérée jusque-là comme insolite; et soit que

M. Velpeau ait eu connaissance des opérations faites au Val-de-Grâce par le professeur actuel de clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, soit que réfléchissant sur les moyens qu'il convient d'employer pour la guérison de ces tumeurs, M. Velpeau ait été conduit aux mêmes conséquences, toujours est-il que ce dernier a cru devoir en faire l'objet d'une leçon clinique, reproduite en partie dans le *Journal hebdomadaire des progrès*[1]. Par une coïncidence singulière, M. Bégin ayant été obligé d'enlever des ganglions développés sur la région parotidienne d'un malade, avait pris lui-même pour texte d'une de ses leçons cliniques de l'hôpital militaire l'histoire de ces affections. C'est à reproduire en partie les considérations dans lesquelles a cru devoir entrer ce praticien que sera consacré cet article. Pour le rendre plus utile, nous lui donnerons la forme de mémoire, c'est-à-dire que nous parlerons successivement des causes, des symptômes, de la marche, du diagnostic, du pronostic, des indications et des moyens chirurgicaux de ces tumeurs auxquelles on pourrait donner le nom de ganglionnites, se réservant ensuite le soin de désigner par le nom de la région le siége qu'elles occupent.

Causes. Les ganglionnites se développent le plus souvent chez les individus à tempérament lymphatique; ce n'est pas qu'on ne les remarque quelquefois aussi chez des malades d'un tempérament sanguin, mais ces cas sont les plus rares. Le séjour dans les lieux bas et humides, y prédispose singulièrement les sujets à constitution faible et débile. Souvent, c'est à la suite d'une irritation survenue dans le derme chevelu qu'elles apparaissent. Il n'est pas rare, en effet, de voir les ganglions lymphatiques cervicaux

[1] *Journal hebdomadaire et universel des progrès des sciences médicales;* n° 51, 19 décembre 1835.

se tuméfier chez les teigneux; dans d'autres circonstances, le point de départ se trouve dans la cavité buccale, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre chez certains sujets très-irritables, et chez lesquels on observe presque toujours en même temps qu'une gengivite, une adénite sous-maxillaire lymphatique; plus rarement ces affections sont symptomatiques d'un désordre grave des voies aériennes ou respiratoires. Nul doute que les éruptions cutanées, survenues dans le voisinage des lieux où on les rencontre, ne puissent parfois aussi leur donner naissance. Il en est de même des irritations par cause directe, telle que les coups, les chutes, les applications irritantes, etc. Il importe d'ailleurs de remarquer que l'existence d'un ganglion tuméfié devient une cause permanente d'irritation et de gonflement pour les autres.

Siége. Bien que comme le système vasculaire, auquel ils appartiennent, les ganglions se rencontrent dans les différentes parties du corps ; on sait néanmoins qu'on les observe de préférence dans le voisinage des cavités thorachiques et abdominales, et notamment au cou, à l'aisselle et au pli de l'aine; et personne n'ignore qu'ils occupent des siéges différens dans chacune de ces diverses régions. Les tumeurs qu'ils forment, doivent donc se présenter, au cou par exemple, avec des rapports particuliers, et dès-lors varier suivant qu'elles existent aux régions *parotidienne, sous-maxillaire, sous-mastoïdienne, sous-hyoïdienne latérale* et *sus-claviculaire.*

A la région parotidienne, quelquefois la tumeur qu'ils forment est considérable, et cela se remarque surtout lorsque le développement a lieu dans l'intérieur même de l'organe sécréteur de la salive. Dans ces cas, en effet, l'accroisement successif du ganglion dilate singulièrement la pa-

rotide, dont le tissu alors semble atrophié par boursoufflement ou mieux encore par insufflation: c'est à des engorgemens de cette nature qu'ont eu vraisemblablement affaire plusieurs des chirurgiens qui disent avoir extirpé cette glande en totalité.

Si le développement, au lieu de se faire dans l'intérieur même du tissu parotidien, prend naissance à la surface de ce dernier, alors l'accroissement successif de la tumeur peut bien amener l'atrophie de l'organe; mais ce résultat, bien qu'au fond le même pour la sécrétion de la salive, en diffère néanmoins relativement à son mode de production, parce qu'ici l'atrophie a été produite par compression, au lieu de l'être par dilatation.

A la région sous-maxillaire, l'engorgement est rarement très-considérable, l'extensibilité des parties au milieu desquelles il se trouve placé étant moindre; d'ailleurs c'est ordinairement au-dessus de l'anse formée par le muscle digastrique et en avant du mylo-hyoïdien qu'on les observe; aussi, ces ganglionnites sont-elles en général apparentes et faciles à reconnaître dès leur début; elles sont rarement très-adhérentes, et sous ce rapport elles se rapprochent de celles de la région parotidienne. Leur développement a quelquefois lieu plus profondément, c'est-à-dire, entre le muscle mylo-hyoïdien, l'hyo-glosse et le génio-hyoïdien, et alors on reconnaît plus facilement leur existence en les examinant par la cavité orale et en portant le doigt dans l'intérieur de la bouche.

A la région sous-parotidienne, les engorgemens des ganglions occupent quelquefois une profondeur considérable; il n'est pas rare de voir ces tumeurs, situées près de l'apophyse styloïde, jeter des racines jusque sur les vertèbres cervicales, et quelquefois même se prolonger, en passant

sous les muscles correspondans qu'elles soulèvent, jusque sur l'articulation de la tête avec la colonne vertébrale.

A la région sous-mastoïdienne, comme à celle dont nous venons de parler, ces tumeurs sont situées sous le muscle sterno-mastoïdien; il importe seulement de distinguer celles que l'on rencontre à la partie antérieure de ce muscle, de celles qui se remarquent à sa partie postérieure.

Les premières, en général plus fréquentes, sont parfois très-volumineuses, à raison des prolongemens qu'elles envoient, soit dans la région sous-parotidienne, soit dans la partie inférieure du cou et quelquefois même dans toutes les deux à la fois [1].

Les secondes, le plus souvent intimement unies aux parties environnantes, se prolongent parfois jusqu'à l'apophyse mastoïde et sous les muscles de la région postérieure du cou; parfois aussi elles semblent communiquer avec les premières, dont elles sont néanmoins séparées par une espèce de toile cellulo-fibreuse qui leur sert en quelque sorte de cloison, de telle sorte que les tumeurs étant enlevées, le doigt arrive alors sur le mur organique qui les séparait.

A la région moyenne et le long du cou, le développement des ganglions est dans la plupart des cas superficiel, et à en juger par un des malades soumis à notre observation, ils jouiraient d'une mobilité qu'on ne rencontre pas, ou du moins que nous n'avons rencontrée au même degré dans aucune des régions dont nous nous sommes déjà occupé. Quelques-uns d'entre eux sont situés profondément le long de la gaîne des vaisseaux carotidiens, et ce

[1] Voyez les résultats de l'autopsie intéressante et vraiment curieuse, consignée à la fin de ce travail.

caractère important à signaler pour le manuel opératoire, se retrouve également dans ceux qui existent dans la région sous-parotidienne.

A la région sus-claviculaire, les ganglions sont aussi, généralement au moins, superficiels. Comme à la région précédente, leur profondeur est quelquefois remarquable, et nous les avons vus communiquer avec ceux situés supérieurement, ainsi qu'avec ceux que l'on trouve dans la poitrine de certains sujets scrophuleux, de manière à former un chapelet non interrompu, depuis l'origine des bronches jusques et y compris la région sous-mastoïdienne.

Du reste, en quelque endroit que se soit fait le développement des ganglionnites cervicales, il importe de dire que le volume de la tumeur qu'elles représentent, doit moins être pris en considération, lorsqu'il s'agit de les enlever, que le degré d'altération déjà survenue dans les tissus morbides. Il faut également tenir compte de la nature plus ou moins dense, plus ou moins extensible des parties au milieu desquelles elles se sont développées. Ajoutons enfin que ces tumeurs seront plus ou moins mobiles, suivant qu'elles seront libres d'adhérences, ou selon, au contraire, qu'elles seront plus ou moins intimement unies aux parties environnantes. Elles sont d'ailleurs sans changement de couleur à la peau, à moins cependant que la suppuration ne soit déjà établie, ou qu'il n'y ait tendance à la dégénérescence cancéreuse.

Marche. Abandonnées à elles-mêmes, les ganglionnites cervicales disparaissent quelquefois sous l'influence d'un traitement approprié, pour se tuméfier de nouveau à la suite d'une irritation nouvelle. Le plus souvent, malgré le traitement le plus rationnel, l'engorgement persiste et reste stationnaire pendant un temps dont la durée est in-

déterminée. Il n'est pas rare alors, malgré l'état d'indolence dans lequel demeurent les ganglions primitivement développés, de voir de nouveaux ganglions se tuméfier; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, il faut considérer comme une cause puissante du développement successif d'engorgemens ultérieurs, l'existence même de plusieurs d'entre eux; il se forme alors quelquefois une tumeur, divisée en plusieurs lobes distincts, mais le plus souvent réunis entre eux par des toiles cellulo-fibreuses plus ou moins denses.

Après un temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, l'induration s'empare des ganglions tuméfiés, qui constituent tantôt des corps à texture fibreuse, tantôt de véritables squirrhes, et qui acquièrent, comme ces derniers, la funeste propriété de se ramollir et de dégénérer en un tissu d'apparence fongueuse. Ils se fondent toutefois, dans la plupart des cas, et se convertissent en abcès ulcéreux, dont la suppuration est interminable et dont la guérison ne se fait qu'à l'aide de cicatrices indélébiles.

A l'état squirrheux, les ganglionnites acquièrent, dans certains cas, un volume et une dureté considérables, susceptibles de provoquer une gêne plus ou moins grande dans les mouvemens des organes voisins, ainsi que cela arrive sans doute pour ceux développés dans le voisinage de la trachée-artère ou du pharynx, ou de ceux de l'aisselle, relativement aux nerfs qui, de cette région, se rendent au membre supérieur. On en a vu, dit-on, affecter la dégénérescence cancéreuse et suivre les différentes phases de cette cruelle affection.

Diagnostic. Le diagnostic des ganglionnites cervicales ne paraît devoir offrir aucune difficulté; l'existence d'irritations survenues antérieurement à leur apparition à la

tête, à la bouche, la constitution du sujet et les commémoratifs de la maladie suffiront dans tous les cas pour éviter toute espèce de méprise à cet égard. Il ne sera peut-être pas toujours aussi facile de préciser le degré d'altération des ganglions tuméfiés. On comprend, en effet, que la profondeur à laquelle ils sont quelquefois situés, deviendra souvent un obstacle insurmontable lorsqu'il s'agira de déterminer le degré de ramollissement de la tumeur. L'ancienneté de cette dernière est insuffisante pour résoudre la difficulté, car jamais on ne saurait juger de son degré de ramollissement par le temps qui s'est écoulé depuis son apparition.

Pronostic. En aucun cas, le pronostic des ganglionnites ne peut devenir grave, à moins cependant que par une disposition organique, et par suite d'un traitement mal dirigé, la dégénérescence cancéreuse n'ait fait des progrès considérables dans les parties voisines et n'ait altéré l'état général du sujet; mais ces cas sont très-rares, si même ils existent, et si l'on n'a pas pris pour tels des ganglions ulcérés et irrités par des traitemens peu méthodiques. La difformité que les ganglions tuméfiés produisent, et qui altère plus ou moins la forme régulière du cou, est le moindre des inconvéniens attachés à leur existence. On les voit souvent comprimer les organes voisins, nuire à l'exécution de leurs fonctions, rendre difficiles la parole, la déglution, la respiration; s'opposer au libre retour du sang de la tête par les canaux veineux; être plus tard la source d'intarissables suppurations; et enfin, par leur présence, constituer une cause incessante d'agravation du mal local et de danger pour le sujet.

Traitement. Dès le début, les ganglionnites réclament presque toujours l'emploi des antiphlogistiques : des sang-

sues, des cataplasmes émolliens, afin d'obtenir la résolution de la maladie, résolution favorisée d'ailleurs dans les derniers temps par les frictions avec la pommade hydriodate de potasse ou toute autre préparation résolutive analogue: on pourrait y joindre, peut-être avec avantage, des bains de pieds sinapisés, et des purgatifs répétés à des époques rapprochées jusqu'à la disparition complète de l'affection.

Un des moyens qui nous a le plus souvent réussi, consiste dans la compression exercée à l'aide d'un appareil approprié, et rendue plus efficace par l'intermédiaire d'une lame de plomb; mais ce moyen doit être gradué avec beaucoup de prudence; et très-souvent, lorsqu'il est appliqué avec trop de force, il détermine le ramollissement et la fonte de la tumeur, au lieu de provoquer son absorption. On peut tenter cependant son emploi dans tous les cas où les tumeurs sont dures et indolentes, avec l'attention de le cesser aussitôt qu'il excite de la chaleur et de la douleur, et menace de convertir la tumeur en abcès.

Mais quand la résolution ne se fait point, ou bien encore, lorsque l'engorgement, au lieu de rester stationnaire, fait de nouveaux progrès, et menace d'acquérir un volume considérable, le chirurgien doit-il rester spectateur oisif de l'affection, ou bien ne lui sied-il pas de demander à son art les moyens de remédier à un pareil désordre? Ne convient-il pas alors de recourir à une opération qui débarrasse le malade et rende aux parties comprimées, tiraillées, déviées de leur direction normale, le libre exercice de leurs fonctions? Oui, sans doute, et des observations, couronnées de succès, ont déjà justifié une semblable manière de faire. L'extirpation, dans ces cas (car c'est à une extirpation qu'il convient d'avoir recours),

est donc le seul moyen dont il faut faire usage. Cette opération, simple dans son exécution et prompte dans ses résultats, délivre le malade des inconvéniens occasionés par la tumeur, et suffit à toutes les indications.

Qu'on se garde de croire néanmoins qu'il faille y recourir dans tous les cas. N'est-il point évident, en effet, qu'il y aurait plus que de l'imprudence à enlever des ganglions qui ne seraient que l'expression locale d'une affection grave des bronches ou des poumons. L'extirpation, purement palliative alors, aurait encore le grave inconvénient de provoquer au sein de l'organisme un trouble, une perturbation générale, qui pourraient devenir funestes au malade. C'est ici le cas de rappeler ce que nous avons dit précédemment touchant la situation élevée des ganglionnites provenant d'affections des diverses parties de la tête et qui sont presque toujours opérables; tandis que les ganglions inférieurs sus-claviculaires ne se tuméfient presque jamais qu'à l'occasion des trachéites ou des bronchites, et doivent être généralement respectés.

Un soldat du 49e de ligne, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg dans le courant du mois de juin 1834, portait, vers la région moyenne et inférieure du cou, une tumeur formée par l'engorgement de plusieurs ganglions cervicaux. Ce sujet, d'ailleurs d'une constitution délicate et toussant un peu, n'accusait cependant aucune douleur à la poitrine, et ne présentait aucun trouble dans les fonctions nutritives et notamment dans celles de la respiration. Soumis, dès son arrivée, à un traitement approprié, il comptait sur une guérison prochaine, lorsque déçu dans ses espérances, et voulant, à quelque prix que ce fût, être débarrassé de ce qu'il appelait son infirmité, il réclama avec instance l'opération. L'extirpation fut faite

suivant les règles que nous indiquerons ultérieurement, et tout semblait présager une issue heureuse, lorsque, le cinquième jour, un mouvement fébrile apparut en même temps que des phénomènes de congestion pulmonaire. La plaie cependant acheva de se cicatriser, et cet homme fut évacué dans le service des fiévreux; là les médications les plus rationnelles lui furent prodiguées; mais la phthisie se déclara d'une manière si manifeste, qu'il fut impossible de la méconnaître : elle enleva le malade deux mois et demi après sa sortie du service des blessés.

Nous ne rapportons du reste cette observation que parce qu'elle confirme les règles établies plus haut concernant la distinction à établir entre les indications que présentent les ganglionnites cervicales. Il s'ensuit, en effet, que les tumeurs qui dépendent d'une affection grave des bronches ou des poumons doivent être respectées, et qu'on ne peut soumettre à l'opération que celles qui se sont développées à la suite des irritations de la tête ou de la bouche, ou par l'effet de causes directes.

L'opération une fois décidée, il importe d'y procéder sans retard, en se rappelant au préalable les élémens anatomiques que l'instrument doit diviser pour pénétrer jusqu'à la tumeur : ces élémens sont la *peau*, le *tissu cellulaire sous-cutané*, le *muscle peaucier*, les *deux fascia* qui l'enveloppent, l'aponévrose cervicale, puis l'espèce de gaîne celluleuse dans laquelle, à l'état normal, le ganglion se trouve comme emprisonné, et qui, lors de l'opération, ressemble assez bien, sous le rapport de l'aspect, à l'enveloppe que l'on trouve au devant de la hernie dans l'opération du bubonocèle. On conçoit, du reste, que ces élémens anatomiques doivent varier suivant la profondeur de la tumeur et suivant la région qu'elle occupe. Quoi

qu'il en soit, le malade étant assis sur son lit, ou mieux encore sur une chaise, il convient de procéder à l'opération de la manière suivante :

Le chirurgien, placé du côté de la tumeur, fait, au devant de cette dernière, une incision proportionnée à son volume, et plus ou moins oblique, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, suivant son plus grand diamètre. Toutes les parties qui la recouvrent, et que nous avons énumérées plus haut, doivent être successivement divisées dans la même étendue. Parvenu à la gaîne qui enveloppe la tumeur, le chirurgien a soin de l'inciser avec précaution, de manière à ne pas aller au-delà; puis il glisse le doigt indicateur sous les lèvres de la plaie, les soulève, les détache, et isole celles-ci dans la plus grande étendue possible, par déchirure plus que par la dissection. S'il éprouve de la difficulté, un aide écartant les lèvres de la plaie, il implantera une pince à airigne dans l'intérieur même de la tumeur, qui se trouvant une fois saisie, est attirée au dehors, pendant que l'opérateur cherche à introduire son doigt derrière elle. Aussitôt qu'il y est parvenu, il fait exécuter à cet organe des mouvemens en sens divers, afin de détacher les adhérences de la tumeur avec les parties voisines; et si ces adhérences sont peu intimes, il achève immédiatement l'énucléation de la masse morbide qui s'échappe alors des parties.

L'opération est loin d'être toujours aussi simple que nous venons de la décrire. Dans la plupart des cas, les adhérences qui unissent la tumeur aux parties voisines sont si intimes, qu'il est impossible de les détruire sans recourir à l'instrument tranchant. L'opérateur alors, après avoir incisé la gaîne celluleuse, et après avoir tenté inutilement de déchirer les adhérences avec le doigt, arme

sa main d'un bistouri mousse pour les inciser et isoler la tumeur. Le bistouri mousse est, en effet, bien préférable ici au bistouri droit ordinaire, qui, introduit dans des parties molles et profondes, les blesserait indubitablement avec sa pointe, sans qu'il fût possible de prévoir les résultats de la pénétration de cette dernière. Le bistouri boutonné, dont quelques chirurgiens font souvent usage, offre un inconvénient d'une autre nature, celui d'être à chaque instant arrêté dans la plaie par la résistance des parties derrière lesquelles son renflement reste engagé.

C'est donc au bistouri mousse qu'il faut avoir recours dans ces circonstances; le chirurgien, pour s'en servir, après avoir fait pénétrer les pinces à airigne dans la tumeur et les avoir confiées à un aide, qui obéit à ses indications, le chirurgien, dis-je, introduit l'instrument tranchant et le porte sur les parties qui retiennent la masse morbide, divisant les adhérences de celles-ci le plus près possible des tissus altérés. Une fois que la tumeur a été isolée dans une certaine partie de son étendue, l'opérateur enlève l'airigne; puis, s'emparant de la partie de la tumeur, devenue libre, avec les doigts de la main étrangère à l'instrument, il incise tous les liens qui la retiennent encore, et continue ainsi jusqu'à son entier isolement. Si l'engorgement a jeté des racines assez profondes pour que l'instrument ne puisse atteindre leur dernière limite, ainsi qu'on l'observe par exemple pour certains prolongemens situés dans la profondeur de la région sous-parotidienne, le chirurgien, avant d'en faire la section, a soin d'y placer une ligature, afin de s'opposer à une hémorrhagie, qui pourrait provenir d'un vaisseau sanguin contenu dans le pédicule, et qui pourrait être divisé pendant la section. Ce précepte est des plus importans, et on ne doit jamais

s'y soustraire, sous peine de compromettre la guérison et peut-être même la vie du malade. Dans un cas de ce genre, M. Bégin a vu une hémorrhagie survenir aussitôt après la section du pédicule et inspirer de vives craintes à l'opérateur.

Lorsque les ganglions tuméfiés ont leur siége sur la gaîne des vaisseaux carotidiens, ainsi que nous avons eu occasion de l'observer, on conçoit de quelle importance il est de procéder, avec la plus grande précaution, à la dissection des adhérences que la tumeur a contractées avec les parties voisines. La plus légère imprudence pourrait ici devenir funeste au malade. Un autre soin, non moins important quand on procède à l'isolement de la tumeur, est de faire toujours respirer largement le malade, de manière à s'opposer au gonflement de la jugulaire interne; à cet égard, on ne saurait recommander au chirurgien d'apporter trop d'attention pendant l'opération. La plus légère distraction pourrait occasioner des accidens graves. Un jour, dans un cas de ce genre, M. Bégin, occupé à répondre à une des personnes qui assistaient à l'opération, s'aperçut, au moment où il portait l'instrument sur les parties, que le bistouri touchait la veine dont nous venons de parler, devenue tout à coup volumineuse sous l'influence d'un effort fait par le malade.

Les ganglionnites, situées dans l'espace sous-maxillaire, font exception à la règle que nous avons établie de diviser ces tumeurs obliquement, de haut en bas, et de dehors en dedans; dans ces cas, en effet, c'est presque toujours transversalement que l'incision doit être faite; le reste de l'opération ne diffère point d'ailleurs des préceptes que nous avons établis précédemment. Les ganglionnites parotidiennes réclament, pour leur extirpation, des précau-

tions d'autant plus grandes que la partie est plus riche en vaisseaux sanguins.

A la région sous-mastoïdienne, il n'est pas rare d'être obligé d'avoir recours à deux incisions pour débarrasser entièrement le malade. En effet, souvent, après avoir enlevé les ganglions situés à la région antérieure du muscle sterno-mastoïdien, on reconnait, une partie de la tumeur étant extraite, que ce qui reste de cette dernière, et que l'on croyait faire corps avec l'autre, est située plus profondément derrière la portion postérieure du muscle, et que c'est par cet endroit qu'il faut l'attaquer. Une incision nouvelle, toujours sans inconvénient grave, pratiquée à la partie postérieure de cette région et sur le point correspondant au reste de la tumeur, permet au chirurgien d'en débarrasser le malade avec la plus grande facilité; tandis qu'en persistant, au contraire, à terminer l'opération par la partie antérieure, on éprouverait une résistance pour ainsi dire invincible, et les tiraillemens auxquels on serait obligé de recourir lui seraient des plus préjudiciables [1].

Il reste à se demander maintenant ce qu'il convient de faire, lorsque le ganglion trop ramolli cède à la pression exercée par l'airigne et se vide en totalité ou en partie pendant l'opération. Évacuer tout le pus qui y est contenu, enlever tout ce que l'instrument peut atteindre des parties malades, et attendre que la suppuration ait fait disparaître le reste; telles sont, ce nous semble, les indications qui se présentent dans ces cas. Pour parvenir à les remplir, le chirurgien détachera l'airigne aussitôt que le pus se sera fait jour, celle-ci, du reste, il faut le dire, tombera alors presque toujours d'elle-même; puis, armant sa main d'une

[1] Voyez les détails consignés dans une des observations rapportées à la fin de ce travail.

pince à disséquer, il enlevera avec le bistouri les parties les plus saillantes du ganglion, attendant ensuite que la suppuration enlève ce qui reste encore du tissu anormal, et y produise une cicatrice toujours plus prompte, même dans ces cas désavantageux, que dans ceux où le ganglion s'abcède de lui-même.

Pansement. Le pansement doit être celui des plaies simples. On comprend, en effet, que la solution de continuité faite aux parties molles de la région cervicale pendant l'opération, se rapproche du caractère de celles dont nous venons de parler; à part, en effet, le tiraillement éprouvé par les bords de la plaie, durant l'extirpation, quelles différences est-il raisonnablement permis de trouver entre elles? Dans l'un comme dans l'autre cas, n'est-ce point un instrument tranchant qui a donné naissance à la blessure? Et bien plus, s'il existait une différence à cet égard, ne serait-on pas forcé d'admettre qu'elle est tout à l'avantage de la plaie faite par l'art, puisqu'il est rare que les plaies produites par l'instrument tranchant soient le résultat de l'action d'un instrument aussi bien affilé, aussi peu contondant que l'est un bistouri? Dira-t-on que le vide apporté par la disparition de la tumeur change tout-à-fait la nature de la plaie, et qu'elle l'assimile aux plaies qu'il importe de ne point réunir? Mais cette objection, que nous empruntons à M. Velpeau[1], n'est que spécieuse, car rien n'empêche de remplacer le vide par des compresses destinées à mettre les parties en contact et à en procurer la réunion. C'est pour obtenir ce résultat qu'il convient, l'opération une fois terminée, de placer, sur les bords de la plaie, deux compresses, destinées à affaisser, à fermer

[1] Ouvrage cité, p. 276.

l'*espèce de poche* qui résulte de l'extirpation de la tumeur. Ces compresses, outre le but que nous indiquons, offrent encore l'avantage de mieux affronter les bords de la solution de continuité, et d'en favoriser par conséquent la réunion immédiate. Cela fait, il faut prendre des bandelettes agglutinatives assez longues pour faire deux ou trois fois le tour du cou, puis les appliquer immédiatement sur les compresses, qu'elles maintiendront en place; un linge fenêtré, un gâteau de charpie et quelques tours de bande seront destinés à solidifier l'appareil, que l'on ne levera que le huitième ou le dixième jour, à moins d'indications particulières. Il n'est pas rare alors de voir la plaie entièrement cicatrisée et le malade guéri complètement; dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a qu'une partie de la solution de continuité qui se trouve réunie, on réapplique l'appareil, pour l'enlever de nouveau à une époque plus ou moins rapprochée, six, huit ou dix jours après, et presque toujours alors la guérison est terminée. Nul doute que si le malade éprouvait quelques accidens graves, de la fièvre, de l'insomnie, des douleurs vives, qu'il ne fallût alors lever plus tôt l'appareil; mais ces cas exceptionnels appartiennent à tous les genres de blessure et à toutes les espèces de plaies, et loin d'infirmer la règle générale, ils la confirment au contraire, en prouvant seulement qu'elle n'est point universelle.

Ces préceptes avoués par la saine chirurgie, et que la raison indique au premier abord, ont déjà reçu la sanction de l'expérience, et nous semblent devoir être établis comme règle générale de pansement après l'extirpation des tumeurs ganglionnaires. Vouloir, comme le prescrit M. Velpeau, tamponner la plaie en y introduisant une grande quantité de charpie, et cela dans l'intention de

s'opposer à des accidens qui, dans la majorité des cas, ne doivent pas survenir, c'est non-seulement pécher contre ce qu'enseignent l'expérience et le raisonnement, mais encore provoquer l'apparition des symptômes que l'on redoute, et donner volontairement naissance à des suppurations qu'il est toujours de l'intérêt du malade et du médecin d'éviter.

Il résulte des considérations auxquelles nous nous sommes livrés dans ce mémoire, que :

1° Les ganglionnites cervicales se développent dans la plupart des cas sous l'influence d'irritations de la tête, de la bouche ou de la poitrine;

2° Que l'existence d'un ou plusieurs ganglions tuméfiés doit être considérée comme une cause puissante de ganglionnites nouvelles;

3° Que ces ganglionnites donnent lieu à des tumeurs dont le volume varie suivant leur siége et leur ancienneté;

4° Que les ganglionnites se terminent comme toutes les inflammations par résolution, induration, passage à un état squirrheux, susceptible de subir le ramollissement tuberculeux, et rarement la dégénérescence cancéreuse;

5° Que, dès le début, ces ganglionnites doivent être traitées par des antiphlogistiques, et sur la fin, par les fondans et révulsifs;

6° Que, lorsqu'elles augmentent de volume et gênent plus ou moins les mouvemens des parties sur lesquelles elles sont situées, elles doivent être extirpées, et qu'il importe de les enlever de bonne heure, afin d'en opérer plus facilement l'isolement;

7° Que les pédicules qu'elles offrent dans certaines circonstances doivent toujours être liées avant qu'on en opère la section;

8° Que le plus grand soin doit être apporté dans l'isolement de la tumeur pour ne point blesser les vaisseaux nombreux et importans qui se rencontrent à la région cervicale, qu'il importe à cet effet de faire respirer largement le malade pour éviter plus sûrement la lésion de la jugulaire interne.

9° Qu'il vaut mieux se servir pour la dissection de la tumeur du bistouri mousse que du bistouri droit ordinaire ou du bistouri boutonné.

10° Que le pansement doit être celui des plaies simples, qu'on réunit par première intention.

11° Qu'il importe dans tous les cas de respecter les tumeurs ganglionnaires qui résultent d'une affection grave des bronches ou des poumons, ainsi que ceux qui sont liés à une constitution éminemment scrophuleuse, ce que l'on reconnaîtra dans la plupart des cas à l'inspection du sujet et à l'auscultation attentive de sa poitrine.

Qu'il nous soit permis de joindre à ce travail plusieurs observations qui démontrent l'excellence des préceptes que nous avons posés, et justifient l'étiologie que nous avons établie. On nous objectera peut-être que le traitement antiphlogistique a été impuissant dans les différens cas que nous avons rapportés, et que dès-lors il était inutile de le recommander. Mais qui ne pressent qu'il importait avant tout, dans un mémoire destiné à préconiser l'extirpation, de rapporter des exemples de cette nature? Certes, les observations ne nous manqueraient pas s'il s'agissait d'établir l'efficacité de ce traitement; en ce moment même, nous traitons avec succès par ce moyen, dans nos salles de vénériens, des ganglionnites, survenues à la suite de l'emploi des pillules de ciguë et de calomélas.

PREMIÈRE OBSERVATION [1].

G***, soldat au 4e régiment d'artillerie, né à Toulon, département des Bouches-du-Rhône, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 4 novembre 1835, pour y être traité d'une adénite cervicale. Interrogé sur l'origine de sa maladie, ce militaire répondit qu'il n'avait jamais été, pendant sa jeunesse, atteint d'aucun engorgement de cette nature; mais qu'il y a huit ans, pendant que le régiment se trouvait en garnison à Lafère (Picardie), il avait vu, après un an de séjour en cette ville, se développer, sous l'influence d'une température froide et humide, un petit ganglion qui occupait la partie moyenne du triangle formé par le bord parotidien de la mâchoire inférieure, le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et les muscles de la région sous-hyoïdienne. Malgré l'accroissement tardif de ce ganglion, le malade ne désira pas moins instamment d'en être débarrassé: aussi s'empressa-t-il d'entrer à l'hôpital. Mais ce fut en vain qu'on employa, pour le guérir, des sangsues, des cataplasmes et des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse. Fatigué de l'insuccès de ces moyens, le malade sortit de l'hôpital, et paraissait rassuré par l'état stationnaire de la tumeur, lorsque, deux ans plus tard, le régiment étant alors en Vendée, il vit apparaître un nouveau ganglion, immédiatement au-dessus du premier. Entré, pour ce dernier, à l'hôpital

[1] Cette observation a été recueillie par M. Devilliers, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, et dont le zèle et l'instruction sont dignes des plus grands éloges.

militaire de Rennes, il y fut soumis au même traitement, mais sans résultats plus avantageux. Deux ans s'écoulèrent encore, sans que la maladie fit de nouveaux progrès; mais bientôt après, apparut un troisième ganglion, pour lequel il entra à l'hôpital du Mans. Cette fois on joignit aux préparations d'iode à l'extérieur, l'usage de cette substance à l'intérieur, mais sans succès plus marqué. Ce dernier traitement ne fit point diminuer le volume des ganglions, mais il eut l'avantage, au dire du malade, de les isoler les uns des autres. Toutefois, après quelque temps de séjour à Strasbourg, ces tumeurs, jusque-là stationnaires, augmentèrent considérablement, et cela sans doute sous l'influence de l'atmosphère froide et humide qui y règne habituellement, et forcèrent le malade à venir réclamer les secours de l'art.

A son entrée à l'hôpital, G*** présente les symptômes suivans : A la partie latérale gauche et supérieure du cou existe une tumeur considérable, formée par la tuméfaction de trois ganglions isolés les uns des autres. En examinant avec plus de soin, on sent profondément, quoique cependant d'une manière vague, un ou plusieurs autres corps solides, qui paraissent également formés par quelques ganglions plus profonds, mais encore petits. La constitution du sujet est molle, il est peu coloré, mais rien n'indique en lui de disposition scrophuleuse bien marquée. Les engorgemens qu'il porte sont les seuls dont il ait jamais été atteint; la poitrine résonne bien partout; il n'y a ni toux, ni expectoration.

Soumis d'abord à des frictions faites avec la pommade émétisée, puis ultérieurement à une compression prolongée par l'intermédiaire d'une plaque de plomb, tous ces moyens échouèrent, et le malade désirant vivement être

débarrassé de son affection, on lui proposa l'extirpation, à laquelle il consentit avec empressement. Celle-ci fut pratiquée le 4 décembre, suivant la méthode que nous avons décrite. Ainsi, une incision faite depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau de l'os-hyoïde, mit à découvert la tumeur; la gaîne qui la renfermait ayant été incisée, on procéda immédiatement à l'énucléation. Quelques adhérences assez intimes obligèrent l'opérateur d'avoir recours à l'instrument tranchant pour les diviser.

Cinq ganglions furent successivement enlevés; l'un d'eux, situé plus profondément que tous les autres, était intimement uni à la gaîne des vaisseaux carotidiens, et réclama la plus grande circonspection pour son isolement.

Tous ces ganglions étaient d'ailleurs à l'état squirrheux; leur tissu criait sous le scalpel, comme celui des squirrhes de la mamelle chez la femme.

La plaie fut réunie par première intention. On prit soin seulement, comme nous l'avons indiqué, de placer sur ses bords des compresses graduées assez épaisses, afin de remplir le vide qui résultait de l'extirpation des ganglions. L'appareil fut du reste maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'une bande entourant la totalité du bandage. Une excitation nerveuse prononcée se fit remarquer le lendemain de l'opération, et devint assez forte pour réclamer l'usage des antispasmodiques et des anodins. Vers le cinquième jour, la fièvre diminua, et le septième jour elle avait tout-à-fait disparu. Le malade avait dormi toute la nuit, et le lendemain il ressentait un peu d'appétit. L'appareil fut levé le neuvième jour, et on reconnut que la réunion s'était opérée dans une grande partie de l'étendue de la plaie, toutefois il y avait un peu d'empâtement à son pourtour. On jugea alors convenable

de réappliquer le même appareil, et le vingtième jour la cicatrisation était parfaite. Le malade sortit guéri de l'hôpital le 28 décembre 1835.

DEUXIÈME OBSERVATION.

B***, chasseur au 19e régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-un ans, d'un tempérament lympathique, né à Saintes, département de la Charente-Inférieure, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 2 septembre 1835, pour y être traité d'un engorgement sous-maxillaire, qui l'incommodait au point de ne pouvoir mettre son col. Interrogé sur les causes de cette affection, le malade nous apprit, qu'il y a six mois, il avait été atteint d'une irritation vive de la bouche, accompagnée d'apthes nombreux dans cette partie. Presque au même moment avait apparu une petite tumeur à la région où existait l'engorgement. Traitée par les moyens convenables, l'affection buccale n'avait pas tardé à disparaître, mais l'engorgement avait persisté. Comme il avait peu d'étendue, et qu'il ne causait aucune douleur, le malade avait continué à faire son service; mais une nouvelle irritation de la cavité orale et principalement des gencives étant survenue, la tumeur, jusque-là stationnaire, avait tout à coup augmenté de volume, et depuis lors n'avait cessé de croître, quoique d'une manière lente; enfin, la saillie étant devenue plus considérable, il s'était vu dans l'obligation d'entrer à l'hôpital.

A son arrivée, la tumeur avait le volume d'un petit œuf de pigeon, elle occupait l'espace sous-maxillaire, était sans changement de couleur à la peau, et ne jouissait d'ailleurs d'aucune mobilité; elle paraissait adhérer inti-

mement aux parties avoisinantes. Des sangsues, des cataplasmes, des frictions émétisées; puis, plus tard, des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse, et la compression n'ayant apporté aucune amélioration, on proposa l'opération au malade, qui y consentit de grand cœur.

L'opération fut pratiquée le 10 octobre. Une incision faite parallèlement au bord hyoïdien de la mâchoire inférieure, mit, comme dans les observations précédentes, la tumeur à découvert. La gaîne une fois incisée, l'opérateur, avec la pince de Museux, saisit la tumeur, et le reste de l'opération ne différa en aucune manière de celle que nous avons décrite. Les adhérences qu'on avait soupçonné exister profondément, étaient assez intimes, et on fut obligé de se servir de l'instrument tranchant pour les détruire.

Le pansement fut celui de plaies simples; ici toutefois la cicatrisation ne marcha point avec autant de promptitude que dans l'observation précédente, et il est facile de se rendre compte de cette lenteur, d'une part à raison des tiraillemens que l'on avait été obligé de faire pendant l'extirpation; de l'autre, parce que le malade avait été peu docile aux conseils qui lui avaient été donnés, et s'était livré à des mouvemens inconsidérés, au lieu de garder le repos parfait comme il lui avait été prescrit.

Dans cette observation, on voit, comme nous l'avons annoncé, la ganglionnite se développer sous l'influence d'une irritation de la bouche; dans la suivante, au contraire, c'est à la suite d'une irritation du derme chevelu que la maladie s'est manifestée.

TROISIÈME OBSERVATION.

F***, soldat au 49e régiment de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, né à Mâcon, département de Saône-et-Loire, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 3 mars 1834.

Ce malade portait à la région moyenne et latérale du cou, une tumeur qui le gênait beaucoup, et l'empêchait, par l'impossibilité où il était de mettre son col, de faire son service. Cette tumeur, due au développement d'un ganglion lymphatique, avait le volume d'un gros œuf de pigeon, et jouissait d'une mobilité remarquable. Elle était sans changement de couleur à la peau et indolore à la pression. Interrrogé sur les causes qui y avaient donné naissance, F*** répondit qu'il y a deux ans environ, à la suite d'une éruption pustuleuse, survenue au front, à la face et aux oreilles, il avait vu se développer à cet endroit une petite tumeur, qui avait suivi dans son développement l'état de progrès ou de déclin des pustules de la tête, mais qui pourtant n'avait jamais disparu entièrement; toutefois, comme après la guérison de la maladie cutanée, la tumeur était insensible et ne le gênait en aucune manière, il se contenta de faire usage d'une pommade qui lui avait été donnée par un pharmacien de la ville, et dont il n'avait d'ailleurs retiré aucun avantage.

Il y a deux mois, ajouta-t-il, qu'après avoir passé une partie de la nuit exposé à un froid vif et intense, il ressentit une douleur assez légère dans la tumeur; celle-ci, dans l'espace de trois jours, avait augmenté du double et l'avait forcé d'entrer à l'infirmerie du régiment. Les cataplasmes émolliens, le repos et la chaleur n'ayant produit

aucune amélioration, le malade résolut d'entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on reconnut que la tumeur était située, comme nous l'avons déjà dit, à la région moyenne et latérale du cou. Huit sangsues appliquées le jour même de son entrée, firent disparaître les douleurs qui existaient, mais ne diminuèrent point le volume de l'engorgement. Ce fut en vain qu'on employa plus tard les frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse et la compression, tous les traitemens furent inutiles. Le malade demandant instamment qu'on le débarrassât de son mal, l'opération fut pratiquée le 21 avril. Une incision faite suivant le grand diamètre de la tumeur, mit à découvert le ganglion, préalablement fixé, à raison de sa mobilité, par les doigts de la main gauche du chirurgien. La gaine une fois incisée, et la tumeur saisie avec les pinces de Museux, l'opérateur, à l'aide du doigt, l'isola facilement des parties voisines, et on la vit presque aussitôt se détacher et tomber dans l'autre main, restée libre et qu'il avait disposée à cet effet.

La plaie fut réunie par première intention, et la cicatrisation était complète le dixième jour; la raison s'en trouve sans doute dans l'absence d'adhérences très-fortes de la tumeur avec les parties voisines. On comprend, en effet, que l'isolement et le non-tiraillement des parties a dû rapprocher davantage dans ce cas la plaie faite pendant l'opération de celle des plaies simples, et dès-lors aussi devenir favorable à la guérison. La mobilité dont jouissait la tumeur est un phénomène important, qui doit toujours être considéré comme une condition favorable à la guérison.

QUATRIÈME OBSERVATION.

H***, soldat au 16e léger, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 12 juin 1834, pour un engorgement situé au devant du muscle sterno-mastoïdien, dans la région sous-parotidienne droite. Examinée avec soin, cette tumeur paraissait fixée dans les parties profondes, à en juger du moins par l'impossibilité où l'on était d'arriver à sa base; en soulevant le muscle sterno-mastoïdien, ou plutôt en dirigeant l'examen vers sa partie postérieure, on sentait comme une espèce de corps dur, assez peu volumineux à la vérité, mais qui paraissait néanmoins dépendre de l'engorgement d'un ganglion profond. Soumis aux émissions sanguines locales, aux frictions résolutives, etc., ce malade n'éprouva aucun soulagement; et comme sa constitution était bonne, et qu'il n'existait point d'autres ganglionnites, l'opération fut proposée et acceptée.

Une incision pratiquée longitudinalement à la partie antérieure du muscle sterno-mastoïdien, mit la portion correspondante de l'engorgement à découvert; mais au moment où l'opérateur divisait les adhérences que le ganglion avait contractées avec les parties voisines, la tumeur, qu'un aide tirait au dehors, saisie qu'elle était par les pinces de Museux, se vida tout à coup, et on fut obligé de suspendre l'opération. Le chirurgien poursuivit bientôt la dissection du kyste, dissection qui fut assez pénible, mais qui permit néanmoins d'enlever entièrement les parties altérées.

L'attention s'étant reportée alors sur la tumeur que l'on

avait cru reconnaître à la partie postérieure du muscle sterno-mastoïdien, on sentit, en portant le doigt dans l'angle supérieur de la plaie, qu'effectivement un ganglion tuméfié s'y rencontrait. Dans l'intention de l'enlever, une incision fut faite parallèlement au bord postérieur du muscle; et en suivant la marche que nous avons indiquée, on parvint, en agissant avec précaution, à extirper complètement la tumeur non encore passée à l'état de suppuration.

Le pansement ne différa pas de celui des observations précédentes; et, chose remarquable! la plaie postérieure fut réunie dès le dixième jour; l'antérieure, au contraire, suppura jusqu'au vingt-troisième, et ne fut complètement guérie que le vingt-neuvième. Le malade sortit de l'hôpital le 11 août 1835.

Cette observation offre un intérêt que n'avaient point présenté celles qui la précèdent; elle justifie non-seulement les descriptions que nous avons données en exposant les caractères que présentent les ganglionnites cervicales, mais encore elle démontre l'utilité du précepte donné, de ne point trop attendre pour procéder à l'extirpation; elle fait voir en outre que même, quand les ganglions sont ramollis et suppurés, il n'est pas nécessaire pour obtenir la cicatrisation, encore moins pour éviter des accidens graves, de recourir au mode de pansement indiqué par M. Velpeau.

Qu'il nous soit permis d'ajouter aux observations que nous venons de rapporter, les détails nécropsiques d'un malade qui a succombé à une phthisie tuberculeuse peu avancée, et chez lequel il existait des ganglionnites cervicales multiples; ces détails, loin d'être inutiles, confirmeront au contraire le précepte que nous avons établi

concernant les ganglionnites déterminées par les affections graves des bronches ou des poumons.

A***, chasseur au 16e léger, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphathique, et né dans les pays Basques, entra à l'hôpital militaire le 5 décembre 1835, avec un engorgement considérable des ganglions situés sur chaque côté du cou. Les tumeurs auxquelles ces ganglions tuméfiés donnent naissance, se prolongent depuis la base du crâne jusqu'à la région inférieure du cou, où la main les reconnaît aisément. Elles sont sans changement de couleur à la peau et indolores. Celles du côté gauche sont plus volumineuses que celles du côté opposé. Ce militaire est d'ailleurs maigre et a la voix très-voilée, la poitrine paraît rétrécie et donne un son mat à la partie supérieure, principalement du côté droit; du reste, il tousse peu, dort bien, n'a pas de chaleur à la peau et conserve de l'appétit. On applique quinze sangsues sur les parties latérales du cou, mais elles n'apportent aucune diminution dans le volume de la tumeur. Le malade resta à peu près dans cet état jusqu'au 20; alors il survint un léger mouvement fébrile, les crachats furent plus abondans, et l'affection tuberculeuse des poumons fit de rapides progrès. Le 25, en examinant la bouche, on reconnut l'existence d'ulcérations fongueuses, situées dans le pharynx et sur le voile du palais. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et succomba le 29 décembre, à huit heures du soir, sans délire et sans se douter de la gravité de son état.

Autopsie, pratiquée trente-sept heures après la mort: La maigreur du sujet, quoique sensible, n'est cependant point très-considérable. La tête n'a point été ouverte. Une incision, faite depuis la base du crâne jusque près de la ré-

gion sterno-claviculaire, a mis à découvert un chapelet ganglionnaire, situé sur toute l'étendue de l'espace que nous venons de nommer; bien plus, les ganglions, situés au devant de la base du crâne, se prolongeaient avec des ganglions placés derrière les muscles profonds de la partie postérieure du cou. Tous ces ganglions, incisés successivement présentaient, dans leur intérieur, les différens états pathologiques qu'ils sont susceptibles d'éprouver; les uns, encore à l'état de crudité, les autres passés à l'état de suppuration. Il y en avait qui offraient les caractères de dégénérescence fongueuse, et d'autres ceux du tissu squirrheux. Ces ganglions ne se bornaient point à la région cervicale, après avoir ouvert la cavité thorachique, nous reconnûmes qu'ils se continuaient avec des ganglions aussi multipliés et aussi volumineux situés dans le médiastin, et environnant de toutes parts les bronches jusque près de leurs division dans le poumon. Ces ganglions présentaient d'ailleurs la même variété d'altération que ceux de la région cervicale. Ils étaient unis aux précédens par des prolongemens situés au-dessus et au-dessous de l'artère sous-clavière. Les poumons contenaient, à leur sommet, un grand nombre de tubercules miliaires, dont quelques-uns à l'état de suppuration. Il existait, en outre, des adhérences entre la plèvre droite et le poumon du même côté.

Les bronches, incisées dans toute leur étendue, ont offert, dans leurs divisions profondes, une coloration très-vive dans certains points; à mesure qu'on se rapprochait de la trachée-artère et du larynx, cette coloration s'effaçait; mais la muqueuse apparaissait alors épaissie et comme fongueuse. Ce caractère se prolongeait jusque dans l'arrière-bouche; la partie postérieure des fosses nasales et

la partie supérieure et moyenne du pharynx le présentaient également. Le cœur était sain; le foie, la rate et l'estomac étaient dans l'état normal. Il existait dans les intestins grêles, mais surtout dans le gros intestin, quelques traces d'inflammation chronique, et quelques ganglions mésentériques tuméfiés dans les points correspondans.

Cette observation intéressante, comme exemple remarquable de ganglionnite symptomatique, l'est encore sous ce point de vue chirurgical, savoir: l'impérieuse nécessité de respecter les tumeurs ganglionnaires, quand elles dépendent d'une affection des bronches ou des poumons. Supposez ici, en effet, un peu moins d'altération dans l'état général du sujet, ou mieux encore un observateur inattentif qui, ayant eu connaissance des succès obtenus par l'extirpation des ganglions tuméfiés du cou, se serait cru suffisamment autorisé à proposer l'opération; que serait-il arrivé dans ce cas? Évidemment une augmentation de tous les phénomènes pulmonaires et une mort plus prompte. Aussi, ne saurait-on assez le répéter, il ne suffit point, dans la pratique de l'art, des préceptes généraux, il faut encore, à côté d'eux, pour marcher avec sécurité et sans crainte, peser les indications qui résultent des cas particuliers.

MALLE.



Die endermische Methode, etc. — *Expériences sur l'action des médicamens par la méthode endermique*, par le docteur ADOLPHE-LÉOP. RICHTER. (Berlin, 1835 ; in-8° ; VIII — 140 p.)

L'importance du sujet et les nombreux essais tentés par l'auteur nous ont engagé à donner une analyse très-détaillée de cet ouvrage qui intéresse à un haut degré la médecine pratique et la matière médicale.

Le docteur Richter s'est livré pendant six ans à une série d'expériences sur l'emploi des médicamens par la méthode endermique. Il a traité de cette manière 261 malades. Il a employé la morphine dans 93 cas d'affections nerveuses ; la strychnine dans 5 cas de paralysie ; l'extrait de belladonne sur 31 malades, afin d'étudier l'action calmante de ce médicament ; la chinine, la chinoïdine, la salicine, la pipérine dans 58 cas de fièvre intermittente ; le muriate d'ammoniaque dans 6 autres cas, afin de juger si l'irritation locale était la cause de la cessation de la fièvre ; l'aloès, le jalap, la gomme-gutte, l'élatérium, l'huile de croton, dans 34 cas, pour étudier l'effet purgatif de ces substances ; le calomel dans 8 cas, le kermès minéral dans 10, l'émétique dans 5, et l'émétine dans 11 cas, afin de rechercher si ces médicamens manifestent leur action spécifique.

Ces expériences faites avec tout le soin qu'on peut attendre d'un médecin habile, dont le jugement n'est égaré par aucune idée préconçue, jettent une vive lumière sur l'action des médicamens administrés par la voie endermique. L'auteur ne se contente pas de mentionner ses succès, mais il relate les faits tels qu'ils les a observés ; il

rapporte toutes les circonstances qui ont pu influer sur l'action efficace ou inefficace du remède, et ne tire jamais ses conclusions qu'avec beaucoup de réserve. Aussi, regardons-nous son travail comme une des meilleures monographies qui aient été publiées sur cette matière.

Dans une introduction historique, l'auteur passe en revue les travaux des médecins français qui ont eu, les premiers, l'idée d'appliquer des médicamens sur la peau privée de son épiderme; puis les nombreuses expériences des praticiens allemands, anglais, américains et italiens. En Allemagne, son frère, le docteur G. H. Richter, a publié, en 1829, une Dissertation inaugurale, résultat des observations qu'il eut occasion de faire à l'hôpital de la Charité de Berlin. Il indique, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les effets de la morphine et de la strychnine, et démontre combien il est facile de combattre par la morphine les accidens tétaniques produits par la strychnine. Les travaux récens de Romberg et de Hofmann ont contribué à l'avancement de la science, ces médecins ayant eu soin de donner aussi les résultats négatifs de leurs essais. Romberg établit que les affections des nerfs de la sensibilité et de la motilité sont les plus propres aux essais endermiques, et il a surtout obtenu des résultats avantageux quand les nerfs périphériques étaient le siége de la maladie. Ainsi la morphine s'est montrée favorable dans les névralgies idiopathiques du visage et des extrémités, comme dans la toux spasmodique; tandis qu'elle est restée sans effet, ou n'a eu qu'une action palliative dans la sciatique, la chorée, la coqueluche, etc. La strychnine était employée sans succès quand les grands centres nerveux étaient le siége primitif de la paralysie; ainsi tous les essais échouaient quand il existait une affection de la moelle de l'épine qui avait pro-

duit, outre la paralysie des nerfs musculaires, celle du grand sympathique, ou lorsqu'il y avait en même temps trouble des fonctions des sens ou de l'intelligence. Dans ces cas, Romberg regarde même la strychnine comme nuisible.

L'auteur rappelle succinctement les observations publiées en France par Trousseau et Bonnet, sur le muriate de morphine dans les rhumatismes, et sur le datura stramonium dans les névralgies; sur la morphine employée par Piorry et Ansiaux dans les névralgies, par Gouzée dans la dysenterie, par Dubourg dans le vomissement, par Bouilland dans les empoisonnemens mercuriels, dans les névralgies, dans le vomissement; les essais du même professeur sur la strychnine dans la paralysie de la face, sur la digitale dans les maladies du cœur; ceux de Rayer sur l'huile de croton, et de Coster sur l'iode; puis, les observations faites récemment en Allemagne par Eck, Thær et une foule de praticiens. M. Richter a profité de toutes les occasions que la pratique a pu lui offrir, non-seulement pour répéter les expériences de ses prédécesseurs, mais aussi pour essayer des médicamens dont on n'avait pas encore fait usage par la méthode endermique.

Avant de traiter de chaque substance en particulier, l'auteur parle du mode d'action et de l'emploi de la méthode endermique en général, et donne des préceptes détaillés sur la manière de dénuder la peau, sur le nombre des plaies, le choix du lieu, la durée de l'application, la forme du médicament, sa dose, son action et les cas dans lesquels on peut recourir à cette méthode.

Afin de rendre la peau plus propre à absorber la substance médicamenteuse, il faut d'abord la dépouiller de son épiderme. Pour cela, on a employé l'emplâtre vésicatoire ou un taffetas vésicant, l'eau bouillante, l'ammo-

niaque caustique, l'acide sulfurique, l'acide acétique concentré, une incision faite avec un bistouri; la cautérisation au moyen d'une aiguille ou d'un couteau trempé dans l'eau bouillante (Hofmann); l'onguent ammoniacal (Trousseau et Bonnet). L'auteur s'est toujours servi du vésicatoire, dont on peut hâter l'action en frottant la peau avec une petite quantité d'ammoniaque étendue. Lorsque la vésication est opérée, il enlève une portion de l'épiderme, et comme l'écoulement de la sérosité continue toujours pendant quelque temps, il panse la plaie avec de l'onguent de sabine, jusqu'à ce que la suppuration s'établisse, et a soin d'enlever la fausse membrane qui se forme à la surface du derme. Aussitôt que le médicament est appliqué sur la plaie, il recouvre celle-ci d'un onguent simple, et ne l'anime que lorsqu'elle tend à se dessécher. Si, malgré cette précaution, la plaie se dessèche, il a recours à l'onguent de sabine, ou place un autre vésicatoire. Si le cas était pressant, ou s'il fallait éviter l'irritation causée par le vésicatoire, l'auteur emploierait le procédé de Hofmann ou de Trousseau.

Quant au nombre des plaies, il n'y a rien de précis à cet égard. Bally prétend que l'on obtient plus d'avantage quand on dissémine le médicament sur plusieurs plaies; mais Richter fait observer que les cas dans lesquels le siége de la maladie change de place sont assez rares, et qu'alors on a ordinairement recours à un traitement interne.

Le *choix du lieu* a la plus grande influence sur le résultat du traitement. C'est toujours le plus près possible du siége de la maladie que le médicament doit être appliqué. Ainsi le lieu d'élection, pour la strychnine, dans la paralysie des extrémités inférieures, sera la partie inférieure de la colonne vertébrale; la morphine, dans la coqueluche, devra

être placée, non sur la poitrine, mais sur la nuque, parce que cet endroit est le plus rapproché des nerfs vagues et accessoires; dans les névralgies ou dans les paralysies d'une moitié du visage, on appliquera la morphine ou la strychnine, entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde; et, dans les sciatiques, derrière le grand trochanter. Les médicamens agissent avec plus d'intensité, quand ils sont dans le voisinage de l'organe sur lequel on dirige leur action: c'est une observation pratique à laquelle il faut avoir égard, parce que, si l'on ne veut pas obtenir cette action spécifique, mais un effet purement local, il faudra choisir un lieu éloigné de l'organe central. Les narcotiques exigent la plus grande précaution, ils agiront d'autant plus sur l'organe cérébral qu'ils seront plus près du cerveau, et alors, souvent une légère augmentation, ou seulement une répétition de la même dose pourra causer des accidens graves.

La *durée* de l'application des médicamens sera réglée d'après les résultats que l'on aura obtenus.

La *forme* la plus commode pour administrer les médicamens, est la forme pulvérulente. Quand les quantités employées sont très-petites, il faut y ajouter du sucre, de préférence à toute autre poudre, à cause de sa solubilité. Il y a même certaines substances dessiccatives (le calomel et les fleurs de zinc) qui exigent toujours l'addition du sucre. De plus, il n'est pas inutile de laisser tomber une goutte d'eau sur le médicament appliqué, afin d'en hâter la dissolution. Les substances qui contiennent de la résine ont besoin d'être préalablement dissoutes dans un peu d'alcool; sans cette précaution elles forment une croûte sur la plaie et ne sont pas absorbées: c'est ce que l'auteur a surtout observé pour la chinoïdine. La jalappine, la ré-

sine de jalap, l'émétine, l'huile de croton, entretiennent une sécrétion active et n'ont pas besoin de préparation préliminaire. Les médicamens plus irritans, comme l'extrait de scille, l'émétique, doivent être incorporés à du cérat; ou, si la douleur qu'ils occasionent est supportable, on peut se contenter de les étendre sur un linge enduit d'onguent simple. Les sels de quinine forment peu à peu, avec les matières sécrétées, une croûte sèche; il faut alors augmenter l'étendue de la surface absorbante et répéter souvent l'application. Quant aux substances qui provoquent une violente irritation locale, comme la scille, la poudre de datura, l'auteur conseille le moyen employé par MM. Récamier et Trousseau, et qui consiste à placer le médicament entre deux linges, afin qu'il n'agisse que peu à peu.

Dose des médicamens. Il faut toujours observer l'action locale et l'action secondaire du médicament avant d'en augmenter la dose, et surtout commencer par de petites doses quand la substance est très-soluble. Les narcotiques exigent des précautions particulières. Ainsi pour la morphine et la strychnine, on commencera par un huitième, ou au plus par un quart de grain; chez les enfans, la dose sera moindre, surtout si le lieu où l'on applique le médicament est voisin du cerveau ou de la moelle épinière. On augmentera lentement, et aussitôt que l'action sera produite, on s'arrêtera quelques jours avant d'augmenter. On répétera la dose plus ou moins souvent dans la journée, suivant l'action du remède, la nature de la maladie et l'activité de l'absorption : les narcotiques une fois, au plus deux fois par jour; la quinine plusieurs fois, les purgatifs à quelques heures d'intervalle.

Action des médicamens. L'action des médicamens est

locale ou primaire, et générale ou secondaire. L'action locale peut être très-vive, au point que l'absorption n'a plus lieu. On modère alors l'intensité de l'inflammation par des fomentations émollientes. Quant à l'action générale, c'est-à-dire à l'action propre des médicamens, l'auteur n'a pu jusqu'ici la constater que pour les narcotiques. Il n'a jamais eu l'occasion de voir l'action vomitive ou purgative des substances qui, administrées à l'intérieur, produisent ces effets, et ainsi il n'a pu confirmer l'assertion du docteur Gerhard, de Philadelphie, qui prétend que tous les médicamens employés par la méthode endermique ont la même action que s'ils étaient portés sur l'estomac, et que tous ont une certaine affinité pour tel organe ou pour tel tissu. Mais les narcotiques introduits par la voie endermique agissent sur le système nerveux tout aussi bien et mieux encore que par l'usage interne; et une circonstance très-importante pour la pratique, c'est que cette action est pure, directe, et s'exerce sans exciter conjointement le système circulatoire, comme cela arrive lorsque la substance est prise intérieurement. Ce n'est que plus tard, lorsque le narcotisme commence à se produire, que le système artériel est mis en jeu.

Examinant les voies par lesquelles les médicamens peuvent exercer leur action, M. Richter ne doute pas que celle-ci n'ait lieu tout aussi bien par les nerfs périphériques que par les vaisseaux absorbans. Les nerfs paraissent surtout être les conducteurs des narcotiques, comme le prouvent la rapidité de leur action, et cette circonstance que l'action spécifique de la morphine, de la strychnine, de la belladonne, se manifeste souvent dans les organes centraux avant que le système circulatoire en soit affecté. Mais la meilleure preuve en faveur de cette assertion, c'est l'ac-

tion instantanée de la morphine pour neutraliser les effets de la strychnine, action si rapide, que l'on peut faire cesser en peu d'instans les accidens tétaniques les plus graves, produits par la strychnine, en appliquant sur la plaie un ou deux grains de morphine.

Emploi des médicamens. L'auteur apprécie dans cet article les avantages de la méthode endermique et les circonstances dans lesquelles on peut l'employer. Ce mode d'administration sert à mieux faire connaître l'action des substances médicamenteuses, puisqu'elles restent pures, intactes; tandis que les fonctions de l'estomac les altèrent plus ou moins avant leur passage dans le torrent de la circulation. Cette méthode est la plus efficace quand la nature de la maladie empêche de rien introduire dans l'estomac, comme dans le trismus, l'hydrophobie, l'inflammation, la constriction de l'œsophage, etc.; quand il existe des maladies des organes digestifs qui s'opposent à l'administration de tout médicament à l'intérieur, comme dans les phlegmasies de l'estomac et du canal intestinal, les affections spasmodiques de ces organes, la dysenteric, l'iléus, le cancer du pylore, etc.; et enfin quand on redoute une affection sympathique d'organes qui sont en corélation avec l'estomac. L'auteur énumère encore d'autres avantages, celui d'appliquer le médicament tout près du siége du mal dans les affections locales; d'employer de petites doses et d'épargner au malade un dégoût quelquefois insurmontable, surtout chez les enfans; de donner, à l'insu du malade, des remèdes que son imagination redoute; de pouvoir de suite modérer l'action trop énergique de certaines substances; enfin, d'offrir au médecin une ressource de plus, lorsque, dans les affections chroniques, le malade est fatigué de l'usage interne des remèdes.

Mais c'est principalement dans les maladies nerveuses idiopathiques, lorsqu'il n'existe aucune lésion matérielle, surtout des organes centraux, que l'on peut compter sur le succès de la méthode endermique. Ainsi l'on peut annoncer d'avance qu'elle réussira dans les névralgies, les paralysies, les crampes, les affections périodiques, lorsque ces maladies ne seront pas la suite de désordres profonds. Cependant M. Richter conseille d'être prudent et de ne pas perdre un temps précieux si l'on s'aperçoit que le traitement n'exerce, au bout de quelques jours, aucune influence sur la marche de la maladie.

Dans la seconde partie de son travail, M. Richter traite successivement des différentes substances qui ont été employées par la méthode endermique. Nous le suivrons pas à pas dans cet examen; nous nous bornerons toutefois à rapporter les résultats qu'il a obtenus lui-même, ou du moins nous ne prendrons parmi les détails historiques qui précèdent l'exposé de sa pratique particulière, que ce que nous jugerons de nature à intéresser nos lecteurs, car il ne faut pas oublier que le but de cette analyse est de faire connaître aux praticiens français les travaux et les essais de nos confrères d'outre-Rhin.

MORPHINE.

Le docteur Richter a remarqué, comme tous les médecins français, allemands, anglais ou américains qui ont employé la morphine, que l'action calmante de ce médicament est plus rapide quand il est appliqué sur la peau, que lorsqu'il est introduit dans l'estomac. On a cru pouvoir en conclure que la peau jouissait d'une faculté absor-

bante plus grande que celle de la muqueuse gastrique; mais l'auteur n'admet pas cette conclusion, et il explique ce fait par la transmission directe de l'impression qu'ont reçue les nerfs périphériques. Cependant, si l'usage externe de la morphine est continué quelque temps, le médicament parvient aussi dans la masse des humeurs par la voie des vaisseaux absorbans, et alors des effets narcotiques se manifestent par suite de cette double action sur les nerfs et sur le système sanguin.

Ainsi, la morphine n'agit sur les organes de la respiration, sur les organes urinaires, sur les sécrétions et les excrétions que lorsque l'excitation du système artériel s'est manifestée; cette excitation augmente considérablement son action immédiate sur les nerfs et produit le narcotisme. Cependant le lieu où l'on a appliqué le médicament influe beaucoup sur la production de ces effets; on a observé, en général, que l'action calmante se manifestait d'autant plus rapidement que ce lieu était plus rapproché du siége de la maladie. Il existe donc une différence bien remarquable entre les effets de la morphine, suivant qu'elle est introduite dans l'estomac ou appliquée sur la peau. Dans le premier cas, elle passe immédiatement dans le torrent de la circulation, et exerce à la fois et son action primitive sur le système nerveux, et son action secondaire sur le système sanguin; tandis que par la méthode endermique le système nerveux reçoit d'abord tout seul l'influence du médicament. C'est pour cela que dans les affections légères, lorsqu'une petite quantité de morphine a suffi pour enlever le mal, on ne remarque aucune action secondaire. L'auteur arrive aux cas particuliers dans lesquels on a employé les sels de morphine, et commence par l'acétate.

1° Il l'a administré dans deux cas de tétanos spontané,

qui se terminèrent tous deux par la mort; il porta la dose jusqu'à 3 grains par jour; mais il existait dans l'un de ces cas une myélite qui avait produit un ramollissement de la moelle épinière, et il observe avec raison que dans de pareilles conditions, lorsque le tétanos n'est pas une affection nerveuse pure, la morphine est tout aussi inefficace que l'opium à haute dose, poussé même jusqu'au narcotisme. Cette circonstance explique très-bien les faits heureux rapportés par Lembert et Cerioli.

2° Dans les *crampes*. L'auteur n'a pas eu occasion de traiter ces affections, mais il rapporte les résultats obtenus par son frère G. H. Richter, qui employa avec succès l'acétate de morphine chez une jeune personne hystérique, tourmentée par des crampes douloureuses; par Habersang qui guérit une dysphagie dans l'espace de trois heures; par Nicolaï, qui le donna dans l'asthme convulsif. D'un autre côté, Romberg l'essaya inutilement dans la chorée, et Magnus dans un cas de névralgie, avec perte incomplète des mouvemens du bras droit.

3° Dans l'*empoisonnement par la strychnine*. L'auteur rapporte deux cas: l'un de Lembert, l'autre de son frère, dans lesquels les accidens tétaniques produits par la strychnine, disparurent comme par enchantement quelques minutes après l'application de 2 grains d'acétate de morphine sur la plaie. Un sommeil paisible, accompagné d'une légère sueur, suivit l'application de ce médicament.

4° Dans les *maladies des organes respiratoires*. M. Richter a employé l'acétate de morphine dans 30 cas environ d'affections de poitrine, et dans différentes formes de maladies des organes respiratoires, avec plus ou moins de réaction fébrile. Il a remarqué qu'il faut en général être réservé dans l'emploi de ce remède, lorsque l'excitation

du système artériel prédomine, car l'inflammation est augmentée par l'action secondaire de la morphine; de plus, la sensibilité nerveuse étant trop tôt émoussée, la toux et l'expectoration s'arrêtent, mais, par contre, l'oppression et la fièvre augmentent. Souvent il fut obligé de cesser la morphine, et d'avoir recours aux antiphlogistiques et aux révulsifs. Les maladies dans lesquelles il eut le plus à se louer de l'acétate de morphine sont: le catarrhe pulmonaire, l'inflammation du larynx, de la trachée-artère, des bronches, de la plèvre, et même celle des poumons, dans la seconde période de la maladie, lorsque la sécrétion commençait à diminuer dans les voies aériennes, et que la toux avait revêtu un caractère spasmodique. Cependant, lorsque après un certain temps, l'usage de la morphine n'était pas suivi d'amélioration, il la remplaçait par une solution d'extrait de belladonne, étendue sur la plaie.

5° Dans la *coqueluche*. Jusqu'à présent la morphine a eu peu de succès dans le traitement de cette maladie; sur vingt-deux enfans traités par Berndt, six seulement guérirent, et encore après avoir éprouvé un commencement de narcotisme; cependant Richter conseille de continuer les essais, puisque, dit-il, tous les médicamens employés jusqu'ici n'ont pu encore abréger la durée de la coqueluche; mais il avertit de ne l'appliquer que dans le second stade, lorsque la période inflammatoire a cessé, et d'agir avec la plus grande précaution, d'autant plus qu'il paraît nécessaire de pousser la dose jusqu'à un commencement de toxication. Ici nous ne pouvons partager l'avis du docteur Richter, et nous conseillons, au contraire, de renoncer à un médicament qui, pour produire quelque effet, semble devoir être porté à une dose telle qu'il pourrait en résulter de graves accidens, surtout chez les enfans. Nous possé-

dons un médicament moins dangereux et plus efficace, c'est la belladonne, comme nous le verrons en parlant de cette substance. Quant au conseil donné par Romberg, d'appliquer le vésicatoire sur la nuque, et non sur l'épigastre, nous l'approuvons avec empressement, afin de se rapprocher le plus possible de l'origine des nerfs vague et accessoire, dans lesquels il est à peu près démontré que réside le siége de la coqueluche.

6° Dans le *rhumatisme*. Le docteur Richter a eu l'occasion d'employer l'acétate de morphine dans plus de trente cas de rhumatisme; et il assure qu'il ne voudrait pas, dans sa pratique, être privé de ce moyen de traitement. Il a eu à se louer de son action calmante, aussi bien dans le rhumatisme aigu général, local, fixe ou vague, que dans le rhumatisme chronique ou périodique, ou dans les affections rhumatismales qui accompagnent quelquefois les fièvres continues. La morphine a toujours amené un soulagement momentané; mais elle n'a pas suffi à elle seule pour guérir la maladie, quand on n'a pas employé en même temps un traitement rationnel, dirigé contre l'affection principale. C'est lorsque la fièvre est apaisée, lorsqu'il ne reste plus qu'une douleur locale qui peut être assimilée à une simple affection nerveuse, que la morphine est efficace; aussi produit-elle surtout d'excellens effets dans les rhumatismes fixes apyrétiques. On peut l'employer avec assez d'avantage, même contre la sciatique; mais il faut toujours préalablement avoir recours aux émissions sanguines locales, aux vésicatoires, aux bains et aux médicamens internes appropriés; toutefois, quand les douleurs sont très-vives, on trouvera encore dans la morphine un palliatif précieux. Le docteur Richter la recommande aussi, également comme palliatif, dans les douleurs ostéocopes.

7° Dans les *névralgies.* C'est surtout dans cette classe d'affections douloureuses que la morphine a été employée avec succès. Après avoir rapporté les résultats avantageux obtenus par un très-grand nombre de praticiens, l'auteur expose ses propres observations. Il a guéri par l'acétate de morphine deux cas de prosopalgie, trois cas de névralgie intermittente sus-orbitaire, et deux cas de sciatique. Ici la guérison eut lieu au bout de huit jours, par l'usage d'un demi-grain à deux grains de morphine.

8° Dans la *dysurie.* Dans cinq cas de dysurie, plutôt spasmodique qu'inflammatoire, un demi-grain d'acétate de morphine sur un vésicatoire, placé dans la région sus-pubienne, a fait disparaître les accidens. Un grain de cette substance, répété une ou deux fois, a fait cesser, dans trois cas, une dysurie violente, produite par l'onguent de cantharides, avec lequel on pansait le vésicatoire. Dans des cas semblables, l'auteur conseille avec raison d'y joindre du camphre.

9° Dans les *vomissemens* opiniâtres, qu'ils soient nerveux ou qu'ils soient le résultat d'une dégénérescence squirrheuse de l'estomac, l'acétate de morphine, appliqué sur la peau privée de son épiderme, est encore un médicament précieux et bien préférable à l'opium; c'est un fait pratique, constaté par Dubourg, Lembert, le professeur Bouillaud, et d'autres médecins. L'auteur a été à même de confirmer ces résultats; il apaisa le vomissement chez un malade atteint de squirrhe au pylore, et dont l'estomac ne pouvait plus rien supporter. Dans trois cas de gastrodynie et de cardialgie, l'acétate de morphine calma promptement les douleurs et fit cesser les vomissemens. En général, dans les affections spasmodiques ou dans les cas d'irritabilité augmentée de l'estomac ou des intestins, la méthode en-

dermique est incontestablement préférable à tout traitement interne.

10° *Delirium tremens.* M. Richter ne conseille pas l'opium dans le traitement de cette maladie, et préfère en général les antiphlogistiques et les dérivatifs; cependant il rapporte deux cas dans lesquels le docteur Gerhard obtint un succès complet en appliquant à la fois 6 grains d'acétate de morphine sur un vésicatoire placé sur l'épigastre.

11° *Dysenterie.* Le docteur Gouzée ayant eu à se louer de l'usage de l'acétate de morphine dans une épidémie de dysenterie qui régna à Anvers pendant les années 1831 et 1832, M. Richter pense que ce médicament peut être administré dans la seconde période de cette maladie, lorsqu'on a fait cesser l'état inflammatoire du colon. La morphine est alors préférable à l'opium donné intérieurement, parce qu'on évite ainsi de renouveler l'irritation intestinale.

12° Dans le *choléra*, plusieurs médecins ont assez bien réussi à calmer les vomissemens à l'aide de l'acétate de morphine sur un vésicatoire placé à l'épigastre.

13° Dans le *cancer utérin*, on ne peut le considérer que comme palliatif; mais il est d'autant plus précieux que les malades s'accoutument à l'usage interne de l'opium, au point que cette substance finit par ne plus opérer les effets désirés.

14° *Fièvres intermittentes.* L'opium ayant été, dans ces derniers temps, vanté comme fébrifuge, M. Richter a voulu savoir comment agirait la morphine administrée par la méthode endermique. Il soumit à ses expériences quatre jeunes hommes atteints de fièvre automnale légère. Le résultat fut en général favorable, et il ne se manifesta aucune action secondaire. Cherchant à apprécier les indications de l'emploi de la morphine dans ces maladies, l'auteur con-

seille de l'essayer dans les cas exempts de complications, et quand un examen attentif ne nous fait découvrir aucune lésion organique qui puisse entretenir la fièvre. Il la conseille surtout dans les cas où la maladie résiste à l'action des sels de quinine, et lorsqu'on se déterminerait à employer l'opium à l'intérieur, médicament qui est difficilement supporté par les individus dont l'estomac est très-irritable. Il la recommande encore dans les autres maladies intermittentes sans réaction fébrile, ainsi que chez les enfans, auxquels il est si difficile d'administrer des substances amères. Quant aux fièvres pernicieuses, il n'a pas encore assez d'expérience sur l'efficacité de l'acétate de morphine pour le conseiller dans ces affections.

SULFATE DE MORPHINE.

Le docteur Hofmann préféra le sulfate de morphine à l'acétate, parce qu'il crut observer qu'il provoquait moins facilement le narcotisme, et qu'il agissait avec autant et même avec plus d'efficacité. Ces observations, consignées dans le *Journal de Hufeland*, février 1833, sont loin d'être aussi favorables que le docteur Hofmann semble l'annoncer; nous ne ferons qu'en donner brièvement le résultat.

Le premier cas est une ophthalmie périodique, dans laquelle le sulfate de quinine avait échoué; elle guérit au bout de quelques jours par le sulfate de morphine.

Le fait suivant offre un exemple remarquable de l'influence du moral sur le physique dans le traitement des maladies. Le docteur Hofmann donna ses soins à une femme hystérique, qui avait une grande confiance dans la méthode endermique, parce que cette méthode avait

guéri son enfant, affecté de crampes. Il appliqua un vésicatoire sur la nuque, et le saupoudra de fécule de pommes de terre. Au bout d'une demi-heure, les spasmes avaient cessé. Ayant reparu trente-six heures après, avec la même violence, ils furent apaisés de la même manière. Il en fut de même d'un troisième accès. Au quatrième accès, Hofmann employa 1 ¼ grain de sulfate de morphine; mais déjà la malade n'avait plus de confiance dans l'efficacité du remède: aussi la morphine n'eut-elle aucun succès.

L'effet de ce médicament fut nul dans des céphalées chroniques, dans plusieurs cas de rhumatismes articulaires, dans la coqueluche; au contraire, il agit avec rapidité dans deux cas de toux spasmodique, et il procura quelque soulagement dans un cancer de l'utérus.

Si l'on pèse ces résultats, dit l'auteur, on voit qu'ils sont moins favorables que ceux obtenus par l'acétate, mais peut-être cela tient-il à ce que Hofmann n'a employé ce médicament qu'à des doses faibles.

HYDROCHLORATE DE MORPHINE.

Quant à l'*hydrochlorate de morphine*, M. Richter ne l'a pas employé, pas plus que le sulfate; il rappelle seulement que Robertson préfère cette préparation à toutes les autres, parce qu'elle ne renferme pas de narcotine, et qu'elle manifeste sa propriété calmante sans exciter le système artériel; puis il fait mention des succès que MM. Trousseau et Bonnet ont obtenus dans le traitement du rhumatisme.

M. Richter termine ce qui concerne la morphine par quelques considérations sur l'action de l'opium administré par la méthode endermique. On l'a employé, soit seul, soit

uni au sulfate de quinine, dans le traitement des fièvres ou des névralgies périodiques. On connaît d'ailleurs, depuis long-temps, l'action calmante de la solution ou de la teinture d'opium, appliquée sur des plaies avec dilacération des parties, et dans lesquelles on redoute le tétanos ou d'autres accidens nerveux. Le docteur Gerhard se loue beaucoup du vinaigre opiacé, étendu dans un mucilage épais.

STRYCHNINE.

La strychnine pure, le nitrate, le sulfate et l'acétate de strychnine ont été employés par la méthode endermique, sans qu'on ait pu encore jusqu'ici déterminer quelle est la meilleure de ces préparations. La strychnine produit sur l'économie des effets remarquables, qui ont été observés et décrits avec soin par G. H. Richter. Lorsqu'on dépassait la dose d'un quart de grain, le malade éprouvait dans toute la longueur du membre, depuis le lieu d'application, des picotemens analogues à ceux qui seraient produits par des aiguilles. La température du corps était augmentée, le pouls dur, plein, accéléré; la respiration courte, la tête douloureuse du côté malade; sécrétion plus abondante de l'urine; sueur générale au bout d'une heure, puis cessation des picotemens et de l'excitation artérielle. Alors, rarement plus de deux heures après l'application du médicament, secousses convulsives, semblables à des chocs électriques, surtout dans le membre paralysé; plus fortes pendant la nuit. Au réveil, sentiment de raideur dans les membres. Rien de particulier du côté des fonctions digestives. Dans un seul cas, où la dose fut portée jusqu'à 3 grains, il n'y eut pas d'accidens nerveux, mais une constipation opiniâtre. Ordinairement,

lorsque la dose, rendue peu à peu plus forte, était portée jusqu'à 1 ½ grain, des symptômes dangereux se manifestaient : le malade éprouvait des secousses plus tôt qu'à l'ordinaire, et d'abord dans la jambe paralysée, puis une douleur perforante à l'occiput, des vertiges, des tintemens d'oreilles. Les secousses se propageaient au bras paralysé, puis au côté sain. Augmentation des vertiges et de la céphalalgie, perte de connaissance, respiration pénible, stertoreuse; pouls plein, dur, lent, intermittent; visage vultueux, d'un rouge bleu; l'extrémité inférieure paralysée marbrée de bleu, pupille très-dilatée, bouche ouverte; des secousses extrêmement violentes jetaient le malade tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Quand ces symptômes se manifestaient, M. G. H. Richter enlevait l'appareil, essuyait la plaie et la saupoudrait, d'après le conseil des médecins français Lembert et Lesieur, de 2 grains d'acétate de morphine; faisait laver la figure avec de l'eau froide, frotter la plante des pieds et irriter la peau. Il trouva toujours dans la morphine le meilleur antidote.

Des effets aussi dangereux doivent engager les praticiens à agir avec la plus grande précaution; aussi, comme la production des secousses est une condition nécessaire pour qu'on soit sûr de l'efficacité du remède, l'auteur conseille de commencer par des doses très-faibles (un huitième à un sixième de grain); de ne pas augmenter cette dose si des secousses, ou même seulement de la céphalalgie et des vertiges se manifestent; mais de suspendre le médicament pendant deux ou trois jours, afin d'en observer les effets consécutifs. De plus, le médecin doit attentivement surveiller son malade, et tenir de l'acétate de morphine tout prêt. La saignée et les antiphlogistiques paraissent ici peu propres à combattre les accidens apo-

plectiques, parce que ceux-ci sont la suite d'une irritation qui, des nerfs périphériques, se transmet à la moelle de l'épine et au cerveau : l'excitation vasculaire n'est que secondaire.

Quant à son action locale, la strychnine entretient la plaie dans un état de rougeur, augmente la suppuration, produit un sentiment de prurit et de brûlure, ou une sorte de picotement.

Nous allons passer en revue les maladies dans lesquelles on a employé la strychnine endermiquement.

1° *Paralysie des extrémités.* L'auteur rapporte les cas nombreux dans lesquels on a administré la strychnine; nous croyons utile de résumer les principaux résultats qui ont été obtenus. Le succès a été constant dans la paralysie, suite de l'empoisonnement par le plomb (Bally, Lembert, Bardsley et G. H. Richter); en général, les doses n'ont pas dépassé 1 grain, et n'ont pas produit de secousses convulsives. Dans plusieurs cas d'hémiplégie, suite d'apoplexie, ou survenue sans cause connue, la strychnine a rétabli les mouvemens, en totalité ou en partie, dans l'espace de deux à cinq semaines, et après avoir été portée quelquefois jusqu'à la dose de deux grains par jour (Lesieur, G. H. Richter, Steinhausen et K. Wenzel). Ce dernier obtint un succès des plus brillans chez un homme qui, à la suite de convulsions, avait été frappé de paralysie des deux bras, puis des bras et des jambes; il appliqua, par jour, 3 grains d'acétate de strychnine, disséminés sur plusieurs vésicatoires. Au bout de onze jours, le malade avait entièrement recouvré l'usage de ses membres. Romberg guérit aussi, mais seulement au bout de trois mois, une femme atteinte de paralysie.

Dans d'autres cas de paralysie, survenue à la suite de

chute sur la colonne vertébrale, après des attaques d'apoplexie et d'épilepsie, après la disparition subite d'exanthèmes dartreux, la strychnine est restée sans effet. On a remarqué, en général, qu'elle était inefficace lorsque la paralysie dépendait d'une affection organique de la moelle épinière, lorsqu'il y avait *tabes dorsalis*, et quand les fonctions des sens et de l'intelligence étaient perverties; dans ce dernier cas, la strychnine peut être même très-dangereuse, à cause de la réaction qu'elle exerce sur l'encéphale.

L'auteur mentionne trois cas tirés de sa pratique, savoir : Un cas de paralysie, survenue à la suite d'une myélite aiguë, passée à l'état chronique; il éleva peu à peu la dose jusqu'à un commencement de toxication, mais sans aucun succès. Par contre, dans deux cas d'hémiplégie, suite d'apoplexie, et dans lesquels on ne pouvait reconnaître aucune lésion organique, ni du cerveau, ni de la moelle épinière, il obtint une amélioration tellement rapide, qu'au bout de quinze jours, les malades commencèrent à pouvoir faire usage de leurs membres. Dans ces deux cas, il employa le nitrate de strychnine, qu'il appliqua sur les membres paralysés, jusqu'à la dose de 2 grains. Relativement à ces cas d'hémiplégie guérie par la strychnine, il est à regretter que l'on ne dise pas combien de jours après l'attaque d'apoplexie le traitement a commencé; on sait, en effet, que dans un bon nombre de cas l'hémiplégie disparaît peu à peu, soit spontanément, soit par l'effet de simples vésicatoires appliqués sur le trajet des membres. Il aurait donc été nécessaire d'indiquer depuis combien de temps l'hémiplégie existait, afin que l'on sût si c'est à la strychnine qu'il faut en attribuer la guérison.

2° *Paralysie de l'organe de la voix.* Dans un cas d'aphonie complète, survenue subitement, chez une femme de quarante-six ans, sous le poids d'une affection hystérique et rhumatismale, le docteur G. H. Richter appliqua un vésicatoire de chaque côté du larynx, et plaça alternativement sur chaque vésicatoire un demi-grain jusqu'à 1 ¼ grain de strychnine. La guérison eut lieu au bout de neuf jours.

3° *Hémiplégie faciale.* Romberg guérit, dans l'espace de sept jours, une paralysie des muscles de la face, en appliquant un quart de grain de strychnine sur un vésicatoire placé entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire. L'auteur traita un cas semblable, mais plus opiniâtre, chez un militaire, qui, à la suite d'un froid intense, avait contracté une paralysie du côté gauche de la face. Quoique le nitrate de strychnine ait été donné jusqu'à produire des secousses assez fortes, la guérison ne fut qu'incomplète; la sensibilité revint; mais la vue resta troublée, et le malade eut plus tard une rechute.

4° *Amaurose.* Malgré les nombreux essais tentés dans cette maladie, elle est encore le plus souvent rebelle à tous nos moyens de traitement. Th. Short croit que la strychnine est efficace quand l'amaurose consiste dans une paralysie du nerf optique ou de la rétine, ou quand il y a congestion vers ces parties ou vers le névrilème. Suivant lui, la strychnine agit en excitant fortement l'absorption; c'est pourquoi il la regarde aussi comme utile dans le traitement des taies de la cornée. Il commence par un quart de grain et augmente peu à peu jusqu'à ce qu'il y ait céphalalgie, douleurs lancinantes, tremblement des membres; alors il suspend le remède pendant quelque temps, et recommence par des doses faibles. Cependant il n'obtint de succès que dans les cas où la vue n'était pas entièrement

abolie. Le traitement fut toujours très-long, et la dose de la strychnine portée dans un cas jusqu'à 5 ¼ grain par jour. Stevenson et Hugh Neill eurent également à se louer quelquefois de ce médicament; d'autres fois il restait sans effet. L'auteur n'eut qu'une seule fois l'occasion d'essayer la strychnine, et ce fut sans succès; Ammon et Romberg ne furent pas plus heureux. Aussi, M. Richter, malgré les assertions des médecins anglais, a-t-il très-peu de confiance dans la strychnine; il croit qu'elle n'est efficace que lorsque l'amaurose est tout-à-fait idiopathique, et produite par des causes directes.

5° *Névralgies*. M. Richter rapporte un cas remarquable de prosopalgie observé par le docteur Kreuser sur une femme de soixante-treize ans. La maladie avait résisté pendant quatorze ans à toutes sortes de traitement et même à la section du nerf sous-orbitaire; il appliqua, pendant huit jours, 1 grain de strychnine sur un vésicatoire placé sur la nuque, puis remplaça la strychnine par la quinine, dont il consomma 5 grains tous les jours. Il survint, au bout de quinze jours, une sueur générale, accompagnée d'une éruption miliairiforme; la malade guérit. Magnus traita avec un succès complet une névralgie du bras, qui ne permettait que des mouvemens très-bornés, et qui avait résisté à la morphine. La guérison eut lieu au bout de quinze jours.

L'auteur n'a pas fait usage de la strychnine dans le traitement des névralgies, parce qu'il n'a pu trouver aucune indication pour l'emploi de cette substance; il regarde avec raison la morphine comme le médicament le plus approprié à ces sortes d'affections; cependant les faits qu'il rapporte n'en sont pas moins remarquables, et nous pensons que lorsque la morphine échoue, on n'a rien de mieux à

faire que d'essayer la strychnine. Sans doute ce sont là des tâtonnemens, mais ce n'est qu'ainsi que nous pourrons faire des progrès dans le traitement des affections nerveuses.

6° *Danse de Saint-Guy*. L'auteur ne mentionne que les essais de Romberg, qui traita trois chorées par le sulfate de strychnine. Il réussit à guérir un garçon de quinze ans, qui était affecté de cette maladie depuis l'âge de sept ans. Il échoua chez les deux autres malades, dont l'un était un garçon de treize ans, l'autre une petite fille de huit ans; dans ces deux cas, la chorée était accompagnée de trouble dans les fonctions de l'intelligence, circonstance défavorable, comme l'on sait, à l'emploi de la strychnine.

Il résulte des expériences précédentes que l'action curative de la strychnine est encore très-restreinte; cependant ce médicament actif mérite d'être soumis à de nouvelles expériences; il peut être employé dans un grand nombre d'affections nerveuses dynamiques dans lesquelles la noix vomique est indiquée.

Un médicament moins énergique, la brucine, dont MM. Andral et Magendie ont eu à se louer dans le traitement des paralysies (voyez le *Formulaire* de M. Magendie), mériterait d'être employé dans les hôpitaux, afin qu'on apprît à mieux connaître son action et à préciser les cas dans lesquels on peut le prescrire. Déjà Bardsley a trouvé, qu'administrée intérieurement, la brucine devait être préférée à la strychnine, quand la paralysie était liée à une affection du cerveau; il la donnait à la dose d'un grain, répétée de deux à quatre fois par jour.

EXTRAIT DE BELLADONNE.

Les nombreuses expériences faites dans ces derniers temps sur l'action calmante de l'extrait de belladonne, employé par la méthode iatraleptique, engagèrent M. Richter à appliquer cette substance sur la peau dépourvue de son épiderme. Il s'en est servi dans le traitement des affections spasmodiques de la poitrine ou de l'estomac, en étendant une ou deux fois par jour, sur un vésicatoire, une solution d'un scrupule d'extrait de belladonne dans 2 gros d'eau de laurier-cerise. Cette substance produit une ardeur assez vive, qui dure une heure et entretient la plaie en suppuration. Dans les catarrhes pulmonaires aigus, dans les inflammations de la plèvre, des poumons, des bronches, du larynx, de la trachée-artère; dans les toux violentes sans expectoration, et dont les accès longs et opiniâtres, sont quelquefois suivis de vomissemens, ainsi que dans la toux purement spasmodique, accompagnée d'une irritation pénible du larynx, M. Richter a toujours retiré de l'emploi endermique de la belladonne des avantages qu'il ne trouvait pas dans l'usage interne de cette substance ou dans d'autres narcotiques. Aussi recommande-t-il cette méthode comme des plus efficaces. Souvent, il suffisait de deux ou trois jours pour faire cesser ces symptômes fatigans et pour favoriser l'expectoration. L'extrait de belladonne lui rendit les mêmes services dans toutes les formes de la phthisie pulmonaire, dans l'hydrothorax et dans le vomissement spasmodique saus cause matérielle. Il le préfère même à la morphine, et croit que, dans le traitement de la coqueluche, il doit être plus efficace que cette dernière substance ou que la belladonne administrée à l'in-

térieur; jamais il n'a remarqué d'excitation du système artériel ou du cerveau, action secondaire qui se manifeste constamment quand on introduit ce médicament dans l'estomac [1]. Cette assertion du docteur Richter se trouve en quelque sorte confirmée par les succès qu'on a retirés des frictions d'extrait de belladonne sur l'épigastre ou de l'application d'un emplâtre préparé avec cette substance. Ce n'était que très-rarement et seulement quand il étendait le médicament sur une grande surface dénudée que l'auteur observait des éblouissemens. La dilatation des pupilles, l'augmentation de la soif, la sécheresse du gosier, des vertiges, etc., ne s'offrirent jamais à son observation.

Lorsque la solution de l'extrait dans l'eau de laurier-cerise cause trop de douleur chez les enfans, on peut le combiner à une huile douce ou à un onguent simple.

Le docteur Richter a réussi, au moyen de l'extrait de belladonne, à calmer ces vomissemens si pénibles qui fatiguent sans cesse les malheureux affectés de cancer au pylore; il l'a trouvé également efficace dans les crampes d'estomac et dans les vomissemens nerveux, où toute substance introduite dans l'estomac est immédiatement rejetée.

C'est à dessein que nous avons rapporté d'une manière

[1] L'auteur de cette analyse a eu récemment l'occasion de confirmer les bons effets de l'onguent de belladonne dans le traitement de la coqueluche. Il fut appelé, le 22 décembre 1835, pour donner des soins à un enfant de cinq ans, affecté d'une coqueluche très-intense, qui existait depuis huit jours; les accès se répétaient plusieurs fois dans une heure, et duraient quelquefois plus de cinq minutes. Il appliqua, sur la nuque, un vésicatoire de la grosseur d'un œuf de pigeon, et après avoir enlevé l'épiderme, il pansa la plaie avec un onguent composé d'un scrupule d'extrait de belladonne sur 2 gros d'axonge. Pendant la journée, il y eut à peine un accès par heure; la nuit, l'enfant n'eut que quatre accès, et au bout de trois jours, la toux n'avait plus rien de spasmodique.

très-circonstanciée les recherches du docteur Richter sur l'emploi de la morphine, de la strychnine et de la belladonne, parce que ces médicamens énergiques sont, dans une foule de cas, une ressource précieuse pour le médecin. Nous serons plus courts dans l'examen des autres substances.

Le *safran* et le *datura stramonium* appartiennent encore à la classe nombreuse des médicamens qu'on a nommés calmans. Le premier a été essayé par le docteur Lembert, le second par MM. Récamier et Trousseau dans le traitement de la sciatique et des névralgies rebelles. Le peu de succès qu'on en a retiré n'a pas engagé l'auteur à répéter ces expériences, il a mieux aimé s'en tenir à des remèdes plus sûrs.

Pour la même raison, il n'a pas cru devoir étudier l'action calmante du musc et de l'*assa-fœtida*. Disons, en passant, que le docteur Lembert regarde le musc comme un moyen efficace de combattre l'action narcotique de l'opium.

La daturine, l'aconitine et d'autres alcaloïdes récemment découverts donneront peut-être de bons résultats. Déjà le docteur Turnbull a fait connaître les effets puissans de la vératrine employée sous forme d'onguent, par la méthode iatraleptique, à la dose de 6 à 8 grains par jour (10 à 40 grains par once d'axonge). Il a vu que ce médicament ne produisait ni vomissemens, ni diarrhée, qu'il ne troublait pas même l'appétit, mais qu'il apaisait les douleurs et provoquait une forte diurèse, dans les hydropisies, quand tout autre moyen avait échoué. Localement, cette substance occasionait un prurit et une chaleur qui se répandait sur toute la surface du corps et causait quelquefois une contraction involontaire des muscles des yeux. Turnbull eut à se louer de ce médicament dans les affec-

tions dynamiques du cœur, dans l'angine de poitrine, les névralgies, surtout dans le tic douloureux, le rhumatisme, la sciatique, le lumbago, les paralysies, les hydropisies. Dans ces dernières maladies, il ne dépassait jamais la dose de 5 grains; les frictions se faisaient une ou deux fois par jour, pendant vingt minutes; la quantité de l'urine sécrétée était extraordinaire.

QUININE.

Malgré de nombreuses expériences, l'auteur n'a pu constater quelle action générale les sels de quinine, administrés par la méthode endermique, exercent sur l'organisme avant de faire cesser l'affection périodique. Il a observé, à la vérité, ce sentiment de chaleur qui, du lieu d'application, se répand sur tout le corps; mais il n'a vu ni augmentation de la chaleur animale, ni pression à l'épigastre, ni envies de vomir, borborygmes, diarrhée, salivation, phénomènes que quelques médecins prétendent avoir rencontrés.

Localement, ces sels agissent d'une manière très-irritante et presque caustique. Le sentiment de brûlure qu'ils occasionent est très-fort, au point qu'il faut enlever le pansement lorsque la plaie a plus d'un pouce de diamètre: aussi ne peut-on en appliquer plus d'un grain à la fois. Ces sels ont en outre l'inconvénient de former, avec la lymphe ou le pus sécrété, une croûte qui augmente encore l'inflammation.

L'auteur examine les circonstances dans lesquelles on a administré les sels de quinine par la méthode endermique, et rapporte les cas heureux, ainsi que ceux qui n'ont pas été suivis de succès. Il résulte de ces expériences que la quinine est moins efficace lorsqu'elle est introduite par la

voie endermique que lorsqu'elle est donnée à l'intérieur. Cependant il existe des cas où ce premier mode d'administration doit être employé de préférence. Ainsi, d'après l'auteur, la méthode endermique devient indispensable :

1° Dans les cas où une grande irritabilité de l'estomac ou une idiosyncrasie s'oppose à l'usage interne de tout médicament, comme chez les femmes enceintes, chez les hystériques, etc. ;

2° Dans les maladies des organes de la déglutition, surtout de nature inflammatoire ;

3° Dans les fièvres intermittentes, avec inflammation d'organes importans de la poitrine ou de l'abdomen, complication qui exige un traitement antiphlogistique, et proscrit l'usage interne des fébrifuges ;

4° Chez les enfans, auxquels on ne peut faire prendre ce médicament à cause de son amertume.

La dose est, en général, de 3 à 8 grains par jour, appliqués, dans l'apyrexie, sur un vésicatoire, placé au bras ou à l'épigastre ; mais cette dose exigeant un vésicatoire assez étendu, et causant alors des douleurs extrêmement vives, l'auteur a préféré n'administrer que de petites quantités, ainsi 1 grain matin et soir. Il a traité de cette manière, par le sulfate de quinine, 30 malades, âgés d'environ vingt ans, dont 1 était atteint de fièvre quarte, 22 de fièvre tierce, et 7 de fièvre quotidienne ; 21 guérirent du troisième au neuvième jour. Les accès diminuaient peu à peu en longueur et en intensité, et finissaient par disparaître tout-à-fait. Il y eut plusieurs rechutes, qui furent guéries par l'usage interne du spécifique. Parmi les 9 malades chez lesquels la quinine échoua, il y avait 6 fièvres tierces et 3 quotidiennes ; le traitement dura de cinq à huit jours ; on y renonça soit parce qu'il survint des com-

plications, soit parce qu'on ne remarquait aucun changement dans la nature des accès.

Le muriate de quinine fut employé chez 7 malades, dont 5 guérirent; 2 éprouvèrent des rechutes. On appliqua un peu moins d'un grain par dose, à cause de l'action irritante de ce sel. Soupçonnant que d'une part la confiance du malade dans l'efficacité du remède, de l'autre la vive irritation de la peau pouvaient avoir une grande influence sur la cessation de la fièvre, M. Richter remplaça, dans six cas de fièvre intermittente franche, le muriate de quinine par le muriate d'ammoniaque, à la dose de quelques grains; il vit, chez 3 malades, la fièvre cesser du quatrième au sixième jour. Malgré cette expérience, l'auteur croit que l'on peut encore accorder assez de confiance à la vertu antifébrile des sels de quinine administrés par la méthode endermique.

M. Richter a encore employé la quinine unie à l'opium dans un cas de prosopalgie périodique. La maladie, qui avait résisté à l'usage interne des mêmes médicamens, fut guérie au bout de dix jours.

CHINOÏDINE.

M. Richter a essayé cette substance dont on avait vanté l'efficacité dans les fièvres intermittentes. Non-seulement elle resta tout-à-fait sans action sur la marche de la fièvre, mais encore, agissant comme cathérétique, elle causa des douleurs et une inflammation très-vives. Il se vit donc obligé d'y renoncer, et il conseille de ne pas tenter de nouveaux essais.

SALICINE ET PIPÉRINE.

Il ne fut pas plus heureux avec la salicine, ni avec la pipérine. Il administra la salicine dans huit cas de fièvres quartes épidémiques qui avaient un caractère très-opiniâtre, et étaient compliquées d'embarras gastrique et quelquefois de congestion cérébrale. Le résultat fut tout-à-fait négatif, malgré des doses considérables. Il rappelle à ce sujet que, lors des essais que l'on fit sur l'usage interne de la salicine, à l'hôpital de la Charité de Berlin, on fut obligé de la donner à des doses douze à quinze fois plus fortes que la quinine. Il faudrait donc, pour espérer quelque résultat par la méthode endermique, mettre à nu une surface très-considérable, et causer ainsi de grandes douleurs au malade. La salicine, à la vérité, n'est pas aussi caustique que les sels de quinine; cependant elle excite une ardeur assez vive, entretient une forte inflammation, et dessèche promptement la plaie.

Pour la pipérine, l'auteur choisit six cas de fièvres tierces qui duraient depuis huit à quinze jours. Elle fut appliquée sur l'épigastre, comme la quinine et la salicine, à la dose d'un grain matin et soir. Elle irritait fortement la plaie, et causait de la chaleur à l'épigastre, sans autres phénomènes généraux. Peu de temps après son application, elle se combinait, sans se dissoudre, avec la lymphe sécrétée, pour former une croûte épaisse, sous laquelle la suppuration continuait à se faire. Un seul malade guérit après cinq jours de traitement; les autres n'éprouvèrent aucun soulagement. L'auteur conseille en conséquence de renoncer aussi à cette préparation.

Nous arrivons à l'examen de plusieurs substances pur-

gatives dont M. Richter a étudié avec soin les effets. Ses résultats, tous négatifs, méritent de fixer notre attention, précisément parce qu'ils ne s'accordent pas avec l'idée qu'on se fait généralement de l'action des purgatifs introduits dans l'économie par la voie endermique.

ALOÈS.

Tandis que les docteurs Lembert, Gerhard, Romberg, Hofmann, et d'autres, disent avoir obtenu de l'emploi de l'aloès, à la dose de 5 à 10 grains, soit sur un vésicatoire, soit sur des ulcères ou autres plaies, des effets purgatifs remarquables, le docteur Richter *n'a pas vu une seule fois* ce médicament suivi de purgation. Il avait eu soin de ne jamais prévenir ses malades des effets qu'il désirait obtenir, précaution qu'il regarde comme très-importante. Il fit ses essais sur 9 individus, appliquant l'aloès tantôt sur des ulcères, tantôt sur des bubons, d'autres fois sur un vésicatoire; il porta la dose jusqu'à 15 et 20 grains par jour, sans pouvoir provoquer plus de selles qu'à l'ordinaire. L'auteur est donc amené à douter de la vertu purgative de ce médicament par la méthode endermique; il conseille de faire de nouvelles expériences, et recommande surtout de ne jamais prévenir le malade, afin qu'on n'attribue pas au remède des effets que l'imagination seule pourrait être dans le cas de produire. Localement, l'aloès cause de l'ardeur et active la suppuration; il ne produit point de phénomènes secondaires.

JALAP ET JALAPPINE.

Pas plus de succès qu'avec l'aloès, malgré des doses considérables (10 grains de résine de jalap et 12 grains

de jalappine). La résine de jalap produisait une violente inflammation, entretenait une suppuration abondante, et formait, avec la lymphe, une masse visqueuse qui corrodait la peau. La jalappine agissait encore avec plus d'intensité, au point qu'on fut obligé d'y renoncer au bout de six jours, à cause des douleurs intolérables qu'elle occasionait.

GOMME GUTTE.

Le professeur Gerhard prétend avoir obtenu des effets purgatifs remarquables en employant la gomme gutte soit seule, soit unie à l'aloès. Encore ici M. Richter n'a pu confirmer ces résultats. Il a étendu sur un vésicatoire, placé à l'épigastre, 8, 10 et 15 grains de gomme gutte. Celle-ci causait une vive inflammation, et n'était absorbée qu'au bout de plusieurs jours. Sur d'autres malades, il appliqua, soit à la nuque, soit à l'épigastre, 5, 7, 10 et 15 grains de chaque substance, sans observer le moindre effet purgatif.

HUILE DE CROTON.

Beaucoup de médecins croient encore à l'action purgative de cette huile, employée en frictions, quoique les observations d'Andral, de Joret, de Wolff, de Cramer, fassent voir au contraire son inefficacité. M. Richter l'employa chez cinq malades, soit sur des plaies susceptibles d'absorber, soit sur des vésicatoires, jusqu'à la dose de 10 gouttes. Dans un seul cas, il y eut deux selles dans la journée, circonstance sans doute purement fortuite. Il ne put continuer au-delà de quatre jours l'usage de cette huile, qui causait, pendant plusieurs heures, un vif sentiment de brûlure, et provoquait une inflammation érysipélateuse autour de la plaie.

M. Richter a aussi employé, sans succès, l'extrait d'élatérium, à la dose de 1 à 8 grains.

CALOMEL.

Le calomel fut employé dans huit cas, pour éprouver sa vertu purgative ou son action spécifique sur les glandes salivaires. On avait soin de l'unir à du sucre, parce que, seul, il dessèche promptement la plaie. Il ne causait qu'une légère brûlure, qui cessait au bout d'une demi-heure. Les doses furent portées jusqu'à 15 grains, sans produire de purgation; on n'observa non plus aucune action sur les glandes salivaires, quoiqu'on l'ait employé pendant quinze jours à la dose d'un grain matin et soir.

Ces résultats sont tous très-intéressans; ils détruisent, en partie du moins, la confiance qu'on avait dans ce mode de purgation; et ils nous apprennent avec quelle circonspection il faut agir quand on veut bien expérimenter. D'après ce que nous venons de voir, on ne saurait guère expliquer les effets observés par des auteurs dignes de foi, autrement que par l'influence de l'imagination ou par des circonstances fortuites, et il paraît que pour agir, les médicamens purgatifs ont besoin d'être appliqués immédiatement sur la muqueuse gastro-intestinale.

IODE.

L'iode n'a encore été employé que par les docteurs Gerhard et Coster. Le premier affirme qu'il est facilement absorbé, et que, par la méthode endermique, il exerce la même action sur l'économie que lorsqu'il est donné intérieurement. Coster a guéri trois cas très-graves d'hydropisie, en pansant un vésicatoire avec un onguent com-

posé d'un demi-gros d'hydriodate de potasse, de 15 grains d'iode et d'une once de graisse. L'auteur n'a pas eu occasion de répéter ces expériences.

FLEURS DE ZINC.

Employées par Hofmann dans un cas d'affection spasmodique et dans deux cas d'épilepsie. Aucun résultat.

KERMÈS MINÉRAL.

Plusieurs médecins ont employé le kermès par la méthode endermique; mais les résultats qu'ils ont obtenus sont tellement contradictoires, qu'on ne peut encore en tirer aucune conséquence. L'auteur rapporte les essais tentés par Lesieur, Lembert, G. H. Richter, Romberg, Hofmann, Magnus. Il fit lui-même quelques expériences; il ne vit survenir ni malaise, ni vomissement, ni transpiration plus abondante; quelquefois l'expectoration était augmentée, d'autres fois elle ne subissait aucun changement. On ne doit donc pas regarder comme constatée l'action expectorante du kermès administré de cette manière.

ÉMÉTIQUE ET ÉMÉTINE.

L'auteur a pansé plusieurs fois des vésicatoires avec un onguent fortement émétisé, sans pouvoir produire ni vomissement, ni purgation, ni augmentation de la diaphorèse[1]. Quant à l'émétine, il la porta à des doses énormes

[1] Une femme phthisique, qui portait un vésicatoire au bras, pansa un jour, par mégarde, ce vésicatoire avec de l'onguent d'Autenrieth, dont elle se frictionnait la poitrine; il survint une inflammation très-vive du bras, mais on ne remarqua rien de particulier du côté du tube digestif. (*Note du traducteur.*)

chez onze malades; dans un cas il appliqua jusqu'à 20 grains d'émétine en deux fois, toujours sans effets, quoique chez quelques-uns il existât déjà du malaise et des envies de vomir. L'émétine occasionait une douleur des plus vives, et formait avec la matière sécrétée une masse dure, extrêmement difficile à détacher, corrodant la peau et produisant une suppuration qu'on avait de la peine à faire cesser. M. Richter ne put employer que l'émétine impure; il se demande si l'émétine pure qui, d'après Prollius, agit déjà à l'intérieur à la dose de deux-seizièmes, trois-seizièmes et un quart de grain, réussirait aussi à petites doses, par la méthode endermique.

SCILLE ET DIGITALE.

L'auteur n'a pas employé ces médicamens; mais il rapporte les résultats obtenus par les médecins français et allemands que nous avons plusieurs fois cités, résultats qui mettent hors de doute l'action diurétique de ces substances par la méthode endermique. Seulement l'une et l'autre irritent fortement la peau, et l'on est souvent obligé d'en discontinuer l'emploi au bout de quelques jours.



VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de clinique interne.

Le concours actuellement ouvert devant la Faculté de médecine de Strasbourg, est, sans contredit, un des événemens les plus importans et les plus féconds en résultats pour son avenir.

Le rang élevé qu'occupe l'enseignement clinique dans une Faculté, l'éclat qu'avait su y répandre le professeur illustre dont le souvenir, cher à la science, restera à jamais gravé dans nos cœurs, les noms des candidats distingués qui se pressent à l'envie pour se disputer son brillant héritage, tout se réunit pour imprimer à la lutte scientifique, à laquelle nous assistons, un caractère grave et solennel. Aussi, le public médical n'a-t-il pas été le seul à en comprendre la haute portée, et nous avons pu remarquer, dans nos séances publiques, un grand nombre de personnes que leur éducation et leur position sociale mettent à même de saisir l'importance de la décision que le jury médical est appelé à rendre en cette occasion. Les deux journaux politiques, qui se publient à Strasbourg, se sont hâtés d'ouvrir leurs colonnes à des comptes-rendus et à des articles relatifs à ce sujet, convaincus, tous deux, d'intéresser à un haut point leurs lecteurs et de compléter leur tâche comme organes de publicité locale.

A leur tour, les rédacteurs des *Archives médicales* vien-

nent s'acquitter de la mission délicate qui leur est imposée. Interprètes du mouvement scientifique qui s'opère autour d'eux, ils ne pouvaient rester étrangers aux résultats d'un concours commencé sous de si brillans auspices. Le sentiment de leur position leur en faisait un devoir, et ils n'avaient pas besoin d'impulsion étrangère. Ils s'efforceront d'imprimer à leurs comptes-rendus un caractère de dignité et d'impartialité qui seul peut convenir à un organe de publicité scientifique, et ils espèrent atteindre ce but, en appréciant sincèrement le mérite dont chaque candidat aura fait preuve, sans distinction de personne, ni d'origine.

Les épreuves fixées par le programme du concours consistent en deux leçons orales d'une heure chacune, sur quatre malades choisis par le jury, et en une Thèse. Quinze minutes sont accordées pour l'examen des malades et la préparation des leçons. La Thèse, dont le sujet, différent pour chaque candidat, est tiré au sort, doit être écrite et imprimée en dix jours, et argumentée publiquement par les autres compétiteurs.

Déjà la simple énonciation du genre des épreuves fait voir que ce ne sont pas des *médecins clinistes* qui ont composé ce programme. En effet, comment parviendra-t-on à reconnaître les qualités essentielles à un professeur de clinique? Le diagnostic? Est-ce en quinze minutes qu'on peut se faire une idée nette d'une maladie, surtout d'une maladie chronique? Nous en appelons, pour résoudre cette question, à l'expérience de tout médecin praticien. Le mérite des candidats, comme thérapeutistes, ressort-il davantage? On ne peut tout au plus que l'entrevoir; mais le talent de *guérir* et d'enseigner à *guérir* les malades, comment se fera-t-il jour? Une demi-heure suffit-elle pour le faire apprécier? Cependant on nous ac-

cordera que c'est là le but définitif vers lequel doit tendre tout enseignement clinique. Il faut au lit du malade plus qu'une mémoire heureuse et l'appréciation plus ou moins rationnelle des différentes méthodes thérapeutiques; il faut le tact médical qui ne s'acquiert que par l'expérience, et souvent même du génie qui est un don de la nature.

Les épreuves orales nous montrent le talent du candidat, comme orateur, comme professeur, sa méthode d'enseigner, et la facilité qu'il peut avoir de communiquer à ses auditeurs le fruit de son expérience et de ses études. Dans la composition de la Thèse, nous pouvons juger l'écrivain, et l'argumentation nous fera connaître le degré de conviction de ses opinions scientifiques, et, jusqu'à un certain point, l'étendue et la profondeur de ses connaissances; mais le véritable mérite du professeur de clinique, le mérite du praticien et du thérapeutiste ne pourra se faire jour. Hâtons-nous d'ajouter que les deux genres de qualités qui constituent le bon professeur de clinique ne s'excluent pas toujours, mais que les épreuves du concours devraient être de nature à les faire ressortir également.

Nous voudrions donc voir le mode actuel du concours remplacé par des épreuves pratiques, telles qu'elles ont été réclamées par les différens organes de la presse périodique, médicale et autre; nous voudrions voir instituer, pendant un certain temps, une clinique faite sur un même nombre de malades par chaque candidat, sous les yeux d'une commission spéciale nommée dans le sein même du jury, sous les yeux des autres compétiteurs et du public médical. Indépendamment des leçons orales que le candidat ferait ainsi chaque jour après sa visite, il rédigerait une histoire détaillée de ses malades, qui serait annexée à

sa Thèse, et prêterait ainsi un champ fécond à l'argumentation. Nous croyons ces épreuves aussi indispensables dans un concours pour une chaire de clinique interne, que le seraient des opérations sur le cadavre, dans un concours pour une chaire de médecine opératoire.

Les juges du concours sont :

MM. Coze, doyen, professeur de matière médicale;
Ehrmann, professeur d'anatomie;
Bégin, professeur de clinique chirurgicale;
Masuyer, professeur de chimie médicale;
Tourdes, professeur de pathologie;
Duvernoy, professeur agrégé, doyen de la Faculté des sciences;
Sultzer, professeur agrégé libre, médecin cantonal.

Les juges adjoints :

MM. Goupil, professeur de physiologie;
Stoltz, professeur de clinique d'accouchemens;
A. Lauth, prof. agrégé, chef des travaux anatomiques.

Le jury est nommé par la Faculté, par voie de scrutin secret, et confirmé par M. le ministre de l'instruction publique.

Nous croyons que des réglemens universitaires devraient fixer, une fois pour toutes, et d'une manière invariable les règles à suivre pour la composition du jury, suivant la nature de la chaire mise au concours. Ainsi, il y a un réglement facultatif qui permet d'appeler, comme juges, deux médecins étrangers à la Faculté. Le réglement a été suivi lors du concours pour la chaire de physiologie. Dans la composition du jury pour le concours de la chaire de médecine légale, on s'est contenté de s'adjoindre un seul médecin étranger à la Faculté, et dans le concours qui nous occupe, on n'en a point appelé du tout. Le réglement, qui

est une garantie donnée au candidat, devrait être positif à cet égard.

Il nous semblerait aussi plus rationnel de rapprocher, autant que possible, la spécialité des juges de celle qui fait l'objet du concours. Ainsi, tous les professeurs de clinique d'une Faculté devraient siéger de droit parmi les juges titulaires, et on est surpris de voir l'un de nos professeurs les plus compétens en matière clinique, relégué parmi les juges suppléans; nous ajouterons encore, que, sans vouloir exclure MM. les agrégés de la composition du jury, nous désirerions ne pas les voir occuper la place des deux médecins étrangers à la Faculté, accordés par les réglemens.

Les cinq candidats, qui se sont présentés pour se disputer la chaire actuellement mise au concours, sont:

MM. Aronssohn, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg;

Forget, agrégé en médecine près la Faculté de Paris et rédacteur principal du *Journal hebdomadaire;*

Ristelhueber, médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg et de l'hospice des aliénés de Stéphansfeld.

Schützenberger, agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Stoeber, agrégé en exercice, ancien rédacteur en chef des *Archives médicales de Strasbourg.*

Nous allons maintenant rendre compte à la fois des deux épreuves en suivant l'ordre qui avait été déterminé par le sort; ordre qui, par un hasard singulier, s'est trouvé le même pour les deux leçons.

M. FORGET.

La curiosité publique était vivement excitée par le désir d'entendre, pour la première fois, un médecin connu avantageusement par ses écrits.

Avant de parler des cas dont il a à rendre compte, M. Forget dit quelques mots sur l'importance et sur la difficulté d'un bon diagnostic, puis il expose l'ordre qu'il faut suivre, suivant lui, dans l'examen d'un malade. Sa méthode, qui est celle de M. Lerminier, consiste à découvrir tout d'abord son malade de la tête aux pieds, afin de jeter un premier coup d'œil sur l'habitus extérieur du corps, premier coup d'œil, dit M. Forget, qui nous instruit du sexe et de l'âge approximatif du sujet, nous apprend si l'affection est aiguë ou chronique, et en détermine, jusqu'à un certain point, le siége. Cette méthode est bonne quelquefois, mais elle est loin d'être toujours applicable, et elle offre de nombreux inconvéniens, qu'il est facile d'entrevoir. Il parcourt ensuite successivement toutes les fonctions de l'économie, et note les dérangemens qu'elles ont éprouvées, marche très-avantageuse, vivement recommandée par M. Récamier.

Le premier malade échu à M. Forget était un homme de cinquante ans, affecté d'une ascite depuis l'époque de la moisson; il avait été, dix ans auparavant, atteint d'une jaunisse, et, à plusieurs reprises, de fièvre intermittente. L'orateur insiste particulièrement sur ces deux circonstances commémoratives; puis, arrivant à l'état actuel de cet homme, il interroge successivement les fonctions de la digestion, de la circulation, de la respiration, des sécrétions, de la génération, et enfin les fonctions sensitives

et intellectuelles. Cet examen lui fait découvrir une hypertrophie du cœur, un état pathologique des bronches, et un engorgement du foie; la rate lui paraît à l'état normal. Dans cette revue détaillée des fonctions, M. Forget oublie de nous parler de la quantité de l'urine, et de l'état de la peau, deux choses qu'il eût été utile de savoir pour le traitement. Après cette analyse des symptômes, M. Forget les réunit, les groupe, afin de rechercher les causes qui ont pu produire l'ascite et l'œdème; s'aidant du concours des phénomènes actuels et des circonstances commémoratives, il fait voir que l'on doit rattacher ces désordres à un état pathologique du foie, soit qu'il existe une induration du tissu de cet organe, soit qu'il y ait obstruction de la veine-porte ou de la veine-cave inférieure, obstruction que M. Forget est tenté d'admettre, quoiqu'on ne puisse découvrir aucune injection des veines superficielles de l'abdomen. Il confirme son opinion en procédant par voie d'élimination et en excluant toutes les autres causes d'ascite. Remontant plus haut, il trouve l'explication de la lésion du foie dans l'ictère et dans les fièvres intermittentes dont cet homme a été antérieurement affecté. Ici M. Forget s'arrête quelques instans sur le mode de production des engorgemens du foie dans les fièvres intermittentes, et explique très-bien ces engorgemens par la stase réitérée du sang dans le parenchyme de ce viscère. Si la rate n'a pas participé à cet état pathologique, c'est qu'elle y était moins disposée, c'est que la jaunisse, qui a existé antérieurement, a augmenté cette disposition naturelle du foie aux engorgemens.

Après avoir ainsi établi, avec beaucoup de lucidité, le diagnostic différentiel de cette affection, M. Forget porte un pronostic peu favorable en raison de la chronicité de

la maladie; il en décrit la marche et la terminaison probables, sans toutefois pouvoir lui assigner une durée déterminée.

M. Forget arrive au traitement; rejetant toute idée d'inflammation actuelle du foie, il puise ses moyens thérapeutiques dans les purgatifs, les fondans. Il prescrirait à ce malade des frictions mercurielles sur la région du foie, un emplâtre de Vigo, des frictions sur les extrémités et sur le ventre avec la teinture de scille et de digitale; et, à l'intérieur, l'huile de ricin ou le calomel. M. Forget termine en passant en revue les autres médicamens préconisés dans le traitement de l'hydropisie en général.

Cette partie de la leçon de M. Forget laisse beaucoup à désirer. La tâche d'un professeur de clinique n'est par seulement d'établir un bon diagnostic de l'affection qu'il a sous les yeux, il doit aussi s'attacher à bien préciser les indications thérapeutiques, afin de justifier les médications qu'il emploie. Ainsi, dans le cas présent, il ne s'agissait pas de donner le catalogue des nombreuses substances pharmaceutiques recommandées contre l'hydropisie, catalogue qui devra nécessairement être très-incomplet dans une leçon improvisée; mais il fallait, après avoir si bien déterminé la maladie, expliquer aux élèves pourquoi on préfère telle médication à telle autre. Si M. Forget veut employer les purgatifs, pourquoi préférera-t-il le calomel aux sels neutres, à l'huile de ricin? Ensuite, pourquoi les purgatifs plutôt que les sudorifiques, les diurétiques? Sera-ce uniquement dans le but de provoquer une diarrhée? Mais alors le choix du médicament est tout-à-fait indifférent. M. Forget a bien dit que le calomel est l'*ami du foie;* mais ne sait-on rien de plus sur ce médicament précieux? Ne sait-on rien de sa manière d'agir sur les vais-

seaux absorbans? Il y avait là des considérations pratiques très-intéressantes que, sans doute, M. Forget n'aurait pas eu le temps de développer, mais qu'au moins il aurait dû indiquer; alors nous n'aurions pas été dans le cas de lui adresser un reproche que nous entendons tous les jours adresser à la médecine française en général, celui de trop négliger la matière médicale.

Le second malade examiné par M. Forget, est une femme âgée de soixante-deux ans, matelassière, profession sur laquelle il appelle l'attention de ses auditeurs. Il analyse, dans l'ordre indiqué plus haut, les symptômes que présente cette femme, et se trouve amené à déclarer qu'elle est atteinte d'un emphysème du poumon gauche. L'orateur discute très-bien les motifs qui le portent à admettre cette affection et en établit le diagnostic différentiel; il trouve la cause de cet emphysème dans une bronchite chronique, provenant sans doute de la profession qu'exerce cette femme.

Cette première épreuve a suffi pour donner à l'auditoire une idée du talent de M. Forget, comme professeur. Sa diction élégante et pure, son débit animé, la méthode et la clarté qui règnent dans l'exposition de ses idées, feront de lui un excellent professeur de clinique, si, à ces qualités brillantes, il joint les qualités plus solides d'un bon praticien. Sous ce dernier rapport, nous ne saurions encore formuler notre opinion; les épreuves du concours, tel qu'il est institué, ne pouvant nous donner sur le mérite du candidat, comme praticien, que des idées très-vagues et insuffisantes pour asseoir un jugement.

La seconde leçon de M. Forget ne fut pas moins remarquable que la première. Il avait à parler d'un jeune soldat de vingt-quatre ans, habitant Strasbourg depuis vingt-

huit mois, atteint, depuis quinze jours, d'une affection typhoïde. Nous ne le suivrons pas dans l'exposition des symptômes qu'offrait ce malade; nous nous contenterons de rapporter trois signes nouveaux que M. Forget a découverts et dont il n'a encore été fait mention nulle part: Si l'on appuie fortement le doigt sur un muscle, celui-ci se contracte et forme une légère élévation à la surface de la peau. Le deuxième signe consiste dans des taches bleuâtres, déprimées, que M. Forget dit avoir rencontrées souvent sur la surface du corps. Enfin, le troisième signe est l'érection des papilles, produite par une légère titillation de la peau, érection qui s'arrête et cesse brusquement sur la ligne médiane. Quoique les symptômes de l'affection typhoïde soient assez nombreux pour la caractériser, nous croyons cependant devoir appeler l'attention des praticiens sur les signes dont parle M. Forget, ou du moins sur les deux premiers, car pour le troisième, il nous semble être un peu le produit de l'imagination. Du reste, aucun de ces signes n'a été observé sur le malade qui fait l'objet de cette leçon.

Après quelques mots sur le diagnostic de l'affection qu'il a sous les yeux, M. Forget, sans remonter aux sources anciennes, se contente de discuter quelques opinions récemment émises sur la nature des fièvres typhoïdes. Il ne croit pas que l'éruption intestinale constitue à elle seule la maladie; mais il pense qu'elle résulte à la fois de cette éruption intestinale, d'un trouble dans les fonctions du système nerveux et d'une altération du sang.

Le traitement varie suivant l'opinion que l'on a adoptée, et l'on est réduit, dit M. Forget, à faire la médecine des symptômes: ce qui prouve cette assertion, c'est la diversité des méthodes thérapeutiques sans changemens no-

tables dans les résultats. Le traitement auquel s'arrêterait M. Forget pour le cas actuel, serait des émissions sanguines locales et de légers purgatifs.

Le sort avait désigné, pour le second malade, une autre affection typhoïde, survenue chez un soldat de vingt-trois ans, d'une forte constitution, à Strasbourg depuis neuf mois. M. Forget se contente de rattacher au cas précédemment décrit, les symptômes que présente ce soldat, symptômes dont l'ensemble constitue, dans toute sa pureté, la fièvre adynamique de Pinel.

Malgré l'état de prostration dans lequel se trouve le malade, M. Forget aurait encore recours à la saignée, eu égard à la constitution de cet homme, et à cause de l'état du pouls, qui, quoique mou, bat 100 pulsations.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter jusqu'à quel point le traitement conseillé par M. Forget est rationnel; nous ne lui demanderons pas s'il regarde le pouls comme un guide tellement sûr, qu'on doive toujours, et avant tout, se régler d'après lui: cette discussion nous entraînerait trop loin. Mais ce que nous reprocherons à M. Forget, c'est de ne pas avoir adopté de divisions pratiques et d'avoir enveloppé dans un même cadre toutes les affections typhoïdes; c'est de n'avoir pas dit un mot des périodes de cette maladie, périodes qui influent d'une manière si notable sur le traitement. Nous ne croyons pas que l'on puisse guérir tous les typhus de la même manière, bien plus nous regardons comme irrationnelle cette manie de rechercher une panacée anti-typhoïde, qu'on nous passe l'expression. Quelle que soit la cause prochaine des affections typhoïdes, cette cause, une fois qu'elle a produit des désordres dans les fonctions de l'économie, échappe à nos investigations, se soustrait à nos agens thérapeutiques. Le traitement doit

nécessairement varier suivant la nature des lésions qui ont été produites, et c'est dans cette maladie surtout qu'il faut avoir égard aux circonstances individuelles et principalement à la constitution médicale, cette cause mystérieuse qui imprime à des affections de même nature des cachets quelquefois si variés.

En résumé, nous dirons que les leçons de M. Forget renfermaient d'excellens préceptes; il a établi, avec beaucoup de méthode et de clarté son diagnostic; son élocution est pure, animée, quelquefois, peut-être, un peu prétentieuse; mais sa thérapeutique nous a paru faible, et nous avons été surpris d'entendre encore ces mots surannés de béchiques, fondans, incisifs, etc., qui devraient être depuis long-temps bannis du langage médical.

M. RISTELHUEBER.

Nommé récemment médecin en chef d'un hospice départemental destiné au traitement des aliénés, chargé, depuis longues années, d'un service important et spécial à l'hospice civil, M. Ristelhueber, fort de ces avantages, se présentait au concours devant la même Faculté, en présence de laquelle il avait, vingt ans auparavant, disputé avec honneur aux Murat, aux Lobstein, aux Foderé, la chaire de médecine légale. En s'engageant dans cette lutte scientifique, M. Ristelhueber en connaissait sans doute toutes les difficultés; mais il n'a reculé ni devant ces obstacles, ni devant la critique, si avide à porter un jugement sur tout homme qui s'offre à ses coups; il n'a pas craint de descendre dans l'arène pour se mesurer avec des athlètes beaucoup plus jeunes, et conséquemment mieux exercés que lui à ce genre d'épreuves.

En commençant sa première leçon, M. Ristelhueber a cru devoir exposer à l'auditoire quelques-uns de ses antécédens; il a rappelé, qu'absorbé pendant vingt ans par les occupations de la pratique médicale, il avait perdu l'habitude des concours, comme s'il voulait expliquer par là les imperfections que nous aurons à signaler.

Avant de parler de ses malades, M. Ristelhueber indique en peu de mots quelle est sa méthode d'exploration. Il veut qu'on fasse le moins de questions possibles, qu'on les fasse nettes, précises, et qu'on cherche tout d'abord à reconnaître l'organe affecté, en demandant au malade quel est le lieu de ses souffrances. Après avoir pris tous les renseignemens dont on a besoin, on passe à l'examen des différentes fonctions qui pourraient être troublées.

M. Ristelhueber ne veut pas qu'on découvre le malade *a capite ad calcem*, à moins qu'on n'y soit obligé.

Le premier malade échu à M. Ristelhueber, est un homme âgé de cinquante-six ans, jardinier, affecté d'une arthritis chronique, et d'une bronchite déjà aussi très-ancienne.

M. Ristelhueber expose les symptômes qu'offre ce malade, les signes fournis par l'auscultation et la percussion; il explique les désordres de la respiration et de la circulation, et les rattache à l'arthritis. Il conseille des saignées locales à l'anus, des révulsifs aux extrémités inférieures, et à l'intérieur, la racine de polygala et les antimoniaux. Ici, M. Ristelhueber regrette que le temps ne lui permette pas de formuler quelques prescriptions, pensant qu'il est du devoir d'un professeur de clinique d'habituer ses élèves à l'art de formuler. Il passe de suite au second malade. C'est une jeune fille, de vingt-deux ans, couturière, affectée, depuis six ans, d'une maladie de la moelle épi-

nière, et présentant une incurvation latérale de la colonne vertébrale. M. Ristelhueber pense qu'il y a ramollissement dans quelque portion de la moelle. Il conseille d'appliquer des cautères sur les deux côtés de la colonne vertébrale, de mettre cette fille à un régime tonique, et de faire des frictions stimulantes sur ses extrémités.

M. Ristelhueber n'avait pas rempli son heure. Au lieu de revenir sur quelques points des deux maladies dont il avait parlé, au lieu de nous donner quelques formules, comme il avait promis de le faire, il a employé le reste du temps à des considérations générales sur les maladies chroniques et sur les maladies aiguës.

M. Ristelhueber a cru devoir commencer sa seconde leçon par une discussion sur l'importance relative de la pathologie et de la clinique. Celle-ci, d'après ce médecin, est tout-à-fait subordonnée à la première, et ne peut marcher sans elle. La pathologie, la thérapeutique, l'anatomie avec la physiologie pathologique, forment, dit-il, le trépied sur lequel repose la clinique.

Nous ne savons vraiment dans quel but M. Ristelhueber s'est livré à cette discussion; elle nous a semblé au moins intempestive. Qui songerait à nier l'importance des différentes branches de la médecine pour éclairer l'expérience au lit du malade? Elles s'enchaînent et s'éclairent réciproquement, comme l'a dit M. Ristelhueber lui-même; mais aucune d'elle n'est l'esclave des autres; et s'il y avait lieu à établir une prééminence en faveur de la pathologie ou de la clinique, certes la première n'aurait pas l'avantage, car on ne prétendra pas que tous les faits cliniques qui, dans la suite des siècles, viendront se présenter aux observateurs, devront se conformer aux descriptions, se plier aux théories données par les pathologistes. La pathologie ne

doit servir qu'à éclairer la clinique, et elle est susceptible de se modifier à mesure que l'expérience et l'observation nous feront mieux connaître les maladies.

M. Ristelhueber avait à parler, dans cette leçon, d'un rhumatisme articulaire aigu, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, arrivé déjà au vingtième jour de la maladie. Dans l'exposition des symptômes que présente encore ce malade, M. Ristelhueber s'arrête quelques instans à l'examen du cœur, et déclare n'avoir rencontré aucun signe de péricardite, ni d'endocardite. A cette occasion, il s'élève contre la doctrine de M. Bouillaud, et la combat vivement. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter les argumens de M. Ristelhueber; car, malgré l'attention la plus soutenue, il nous a été impossible de le suivre dans ses raisonnemens. M. Ristelhueber, quand il combat une opinion, y met une vivacité qui ne lui permet plus de maîtriser ses idées, ni de les coordonner, de manière à pouvoir en tirer des conséquences logiques.

Après avoir décrit la marche ordinaire des rhumatismes et la terminaison probable de celui qu'il a sous les yeux, M. Ristelhueber arrive au traitement. Il conseille de ne pas continuer la méthode antiphlogistique qui était bonne au commencement de la maladie, mais qui ne serait plus utile dans ce moment. Il faut, dit-il, ménager les forces, afin de favoriser les crises, si la nature tendait à en produire; précepte très-sage que nous aurions aimé à entendre développer, car, de nos jours, la doctrine des crises est un peu trop tombée dans l'oubli. M. Ristelhueber prescrirait à ce malade de légers purgatifs et l'extrait d'aconit, médicament qui lui a souvent réussi et qu'il a porté jusqu'à des doses très-élevées.

Le second sujet offrait peu d'intérêt : c'était un jeune

soldat, affecté, depuis trois semaines, d'une maladie arrivée à son déclin, et que M. Ristelhueber présuma avoir été une bronchite aiguë, à en juger du moins par les signes que fournissait encore l'exploration de la poitrine.

M. Ristelhueber a fait voir, dans ses deux leçons, qu'il possède de très-bonnes vues pratiques, mais le manque de suite dans l'exposition de ses idées leur a fait perdre une grande partie de leur valeur réelle; et cependant, l'ordre et la clarté sont des qualités que l'on est en droit d'exiger de tout professeur et sans lesquelles ses leçons resteront toujours stériles.

M. SCHÜTZENBERGER.

M. Schützenberger, le plus jeune des concurrens, déjà connu avantageusement de l'auditoire par son récent concours pour l'agrégation, mais privé de l'expérience que son âge ne lui a pas encore permis d'acquérir, entrait aujourd'hui en lice, peut-être moins dans l'espoir de l'emporter sur ses rivaux que dans le but d'acquérir de nouveaux titres et de s'habituer de plus en plus à la carrière difficile du professorat.

Le premier sujet dont il avait à parler, était une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une affection chronique du cœur, sur laquelle était venue s'enter, depuis quelques jours, une maladie aiguë de la poitrine. Après avoir tracé avec méthode et clarté l'histoire de cette malade, M. Schützenberger discute la valeur de chacun des principaux symptômes, en s'arrêtant surtout aux signes que présentent les différentes lésions du cœur; il croit qu'il y a ici un commencement d'hypertrophie de cet organe, mais il n'oserait l'affirmer. Quant à l'affection de poi-

trine, c'est une pneumonie; il en indique, d'une manière très-précise, le siége, le degré et la période, et conseille de la traiter par les saignées, les boissons délayantes, des potions adoucissantes, et peut-être, si les saignées ne réussissent pas, par le tartre stibié; si la maladie passe à l'état chronique, on emploiera les vésicatoires, le polygala, le kermès et les moyens recommandés en pareil cas. Ici, M. Schützenberger juge à propos de dire quelques mots sur le traitement de la pneumonie en général; il examine et discute comparativement la méthode antiphlogistique, l'emploi du tartre stibié à haute dose et celui de l'oxide blanc d'antimoine; toutefois il a soin, de temps à autre, de rattacher les préceptes généraux au cas spécial qu'il a sous les yeux.

Le second malade est un jeune homme de vingt-trois ans, affecté, depuis deux ans, d'accès convulsifs. Pendant que M. Schützenberger examinait ce malade, il eut un accès très-violent qui offrait tous les caractères de l'épilepsie. M. Schützenberger décrit cet accès, qui lui suffit pour caractériser la maladie; puis il en donne le diagnostic différentiel. Recherchant les causes de cette épilepsie, il se demande si elle est essentielle, ou si elle tient à une lésion organique du cerveau ou de la moelle épinière. La colonne vertébrale est à la vérité sensible à la pression; mais il n'existe aucun dérangement dans la motilité : il n'est donc guère possible de résoudre la question. Dans ce cas, on est obligé de s'en tenir à la médecine empirique; mais il faut que cet empirisme soit raisonné, il faut agir d'après les antécédens, d'après la constitution du sujet et les formes de la maladie. Le traitement conseillé par M. Schützenberger devra être hygiénique et médical; on aura recours aux antispasmodiques et aux révulsifs. Pendant l'attaque,

on n'aura rien à faire qu'à surveiller le malade, M. Schützenberger ne croyant pas qu'on puisse en abréger la durée. Cette assertion est beaucoup trop générale; il est des cas dans lesquels il faut tout mettre en œuvre pour abréger l'accès, et on y parvient, soit par des saignées et des révulsifs puissans, soit par une application de glace sur la tête ou par des affusions froides, soit même simplement en laissant tomber d'une certaine hauteur quelques gouttes d'éther sur le front.

M. Schützenberger pense aussi qu'il n'est guère possible de prévenir l'accès; le moyen qu'on a conseillé de flairer de l'ammoniaque réussit rarement, et alors même le malade se trouve dans un état pénible qui ne se dissipe que lorsque l'attaque a eu lieu.

Dans cette première leçon, M. Schützenberger a eu quelque hésitation, ses phrases n'étaient pas toujours correctes; mais ces taches légères, qui tiennent à l'émotion, à une sorte de vertige dont il est difficile de se défendre, disparaîtront quand M. Schützenberger aura acquis plus d'habitude de parler en public.

Il a été beaucoup mieux dans sa seconde leçon; son débit plus vif, plus animé, et soutenu jusqu'à la fin, justifie pleinement ce que nous venons d'avancer.

Il avait à parler d'abord d'une fièvre intermittente quotidienne, affectant depuis trois mois un jeune soldat qui, déjà à plusieurs reprises, avait été atteint de cette maladie.

Après avoir décrit les phénomènes actuels, établi son diagnostic, divisé les fièvres intermittentes en bénignes et en malignes, et rattaché à la première de ces formes le cas particulier dont il traite, M. Schützenberger parle des complications inflammatoires ou gastriques, et indique les désordres qui surviennent dans certains viscères à la suite

des fièvres longues et rebelles. Il porte un pronostic favorable, quoiqu'il existe déjà un engorgement de la rate. Il conseille de donner de suite le spécifique et de le continuer pendant quelque temps, après la cessation de la fièvre. M. Schützenberger pense qu'il suffira pour résoudre l'engorgement de la rate; sinon, il faudra recourir au calomel et aux médicamens que l'on a improprement appelés fondans, tels que les extraits de chiendent, de pissenlit, etc. Nous ne pouvons qu'indiquer rapidement les principaux points de cette leçon, qui laissait très-peu à désirer. M. Schützenberger possédait parfaitement son sujet; il a su, tout en se livrant à des considérations pratiques sur les fièvres intermittentes en général, rattacher le cas spécial aux descriptions données par les pathologistes, alliant ainsi la pathologie à la clinique, et faisant une heureuse application des principes qu'il avait posés en commençant.

Le second malade était un jeune soldat, d'un tempérament bilieux, qui, à la suite d'un travail forcé, fut pris d'une affection typhoïde. M. Schützenberger décrit la marche et les symptômes de la maladie; mais, arrivé aux organes de la circulation, il annonce qu'il a été surpris par l'heure et qu'il n'a pu pousser plus loin son examen. Les phénomènes dont il a rendu compte, suffisaient cependant pour caractériser cette affection; et M. Schützenberger n'aurait pas eu besoin, pour remplir son heure, de disserter sur le typhus en général; du moins, s'il voulait nous faire connaître ses opinions sur cette maladie, aurait-il dû suivre la marche qu'il avait adoptée pour la première partie de sa leçon. Oubliant trop son malade, il établit des divisions pratiques sur lesquelles on doit baser le traitement des affections typhoïdes en général; il

admet un typhus inflammatoire, un typhus cérébral, un typhus abdominal et un typhus putride, et fait voir comment les diverses méthodes thérapeutiques doivent s'adapter à ces différentes formes. Ces considérations sont très-pratiques et très-bonnes; mais il aurait suffi de les indiquer rapidement, afin de pouvoir les appliquer au cas particulier.

Ces deux leçons de M. Schützenberger l'ont placé très-haut dans l'opinion publique, et nous pouvons lui assurer un brillant avenir, s'il persiste dans la voie qu'il a suivie jusqu'à présent. Un jugement sain, des connaissances étendues, de très-bonnes vues pratiques, telles sont les qualités les plus saillantes que nous a présentées ce jeune médecin.

M. ARONSSOHN.

Avant d'arriver aux cas qui doivent faire le sujet de cette leçon, M. Aronssohn juge nécessaire de donner quelques détails sur la marche qu'il suit dans l'examen d'un malade. Il jette d'abord un coup d'œil général sur son habitus, en même temps qu'il explore le pouls; puis il demande où le malade souffre, voulant par là tomber directement sur le siége du mal et éviter toute question inutile. Il remonte ensuite aux antécédens, explore la région affectée, si la maladie est locale, et interroge successivement les diverses fonctions de l'économie qui peuvent offrir quelque trouble.

Son premier malade est une femme âgée de quatre-vingt-deux ans, qui s'est toujours bien portée; seulement elle était affectée d'un catarrhe chronique, qui, dans ces derniers temps, s'est accompagné de dyspnée, surtout la nuit. M. Aronssohn rend compte de l'examen du thorax,

des signes fournis par la percussion, l'auscultation, la toux, les crachats; passant à l'abdomen, il trouve une tumeur assez molle, sonore à la percussion, et qu'il regarde comme une ascite commençante : les viscères n'offrent aucune trace d'engorgement. Quant aux fonctions générales, elles sont peu troublées; il n'y a pas de fièvre, la digestion languit, les selles sont rares, les urines plus rares encore. Appréciant la valeur des symptômes, M. Aronssohn trouve dans la dyspnée, accompagnée de toux et revenant par accès, les caractères de l'asthme. Mais, dit-il, l'asthme n'est qu'un symptôme, il peut tenir à un rétrécissement ou à une dilatation des bronches, à un épanchement dans les plèvres, à une maladie du cœur, à des concrétions développées dans le trajet des nerfs, à un gonflement du corps thyroïde, et, chez les enfans, à une hypertrophie du thymus, maladie moins rare qu'on ne le croit communément. Si l'on explore attentivement les organes, on trouvera presque toujours la cause de l'asthme, et l'on n'aura pas besoin de recourir à l'essentialité. Ici, l'asthme est lié à une bronchite chronique qui se manifeste par de la toux, une expectoration muqueuse, un râle sibilant très-sonore. Cette toux a produit peu à peu un boursouflement de la muqueuse des bronches, qui a fini par rétrécir la lumière de ces conduits aériens. Les mouvemens inspirateurs deviennent alors plus forts que les mouvemens expirateurs; l'air qui pénètre dans les cellules pulmonaires, n'en est plus chassé qu'avec peine; il séjourne dans ces cellules et les dilate insensiblement; le poumon acquiert un volume plus considérable, distend le thorax, qui devient plus sonore; c'est ainsi que s'établit l'emphysème pulmonaire, qui est une des causes les plus fréquentes de l'asthme. Les suites de ces dérangemens sont

faciles à concevoir : La circulation est troublée, l'hématose incomplète; il existe un commencement de dilatation du cœur.

M. Aronssohn rappelle les signes que présente sa malade. En parlant du pouls, il signale une erreur, rectifiée dans ces derniers temps, relativement au pouls des vieillards que l'on croyait diminuer de fréquence, tandis que généralement il est plus accéléré.

Après quelques mots sur l'utilité du pronostic, surtout sous le rapport du traitement, et après avoir présagé, pour ce cas particulier, une terminaison funeste, sans doute par suite de l'infiltration qui a déjà commencé aux extrémités inférieures, M. Aronssohn donne de bons préceptes généraux de traitement, et parcourt les diverses médications auxquelles on pourra recourir.

Le second malade est un vieillard de soixante-dix ans, d'une constitution apoplectique, qui eut, au mois de mars dernier, une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie. Il eut plus tard une deuxième attaque, suivie d'hémiplégie du côté opposé, et quinze jours après, une troisième attaque, qui augmenta l'état paralytique. La diminution du mouvement est plus prononcée du côté gauche, tandis qu'à droite c'est la diminution de la sensibilité qui prédomine. Il est survenu, en dernier lieu, des secousses dans les membres paralysés. L'œil gauche offre un commencement de glaucôme que l'on prendrait au premier coup d'œil pour une amaurose. Il n'existe pas d'autres symptômes notables, le pouls est assez fort, tendu, à 96. M. Aronssohn parle des désordres qui existent dans le cerveau et décrit la marche et la terminaison probable de cette maladie. Le traitement doit avoir pour but de diminuer l'activité de la circulation, d'empêcher les congestions san-

guines vers le cerveau, et de favoriser la résorption du cailliot épanché. Les saignées, la diète végétale, les révulsifs et l'arnica rempliront ces indications. Pour prévenir les attaques, il est prudent de faire appliquer des sangsues à l'anus vers le printemps et en automne, ainsi que dans les froids intenses. Ce serait aussi le cas d'employer le sphygmomètre, afin que la personne menacée pût elle-même juger de la nature de son pouls et se faire saigner à l'instant même, quand elle a lieu de craindre une attaque prochaine.

M. Aronssohn commença sa seconde leçon par quelques généralités sur les maladies aiguës et sur les maladies chroniques, s'attachant surtout à faire ressortir les différences qu'elles présentent sous le rapport du traitement.

Le premier des deux sujets dont il doit entretenir son auditoire est un jeune homme d'une taille moyenne, d'une constitution détériorée, dont le corps est couvert de taches dues à la dessiccation de pustules varioliques. La maladie commença, il y a dix-huit jours, par les prodromes ordinaires de la variole. Pendant le cours de sa marche, le malade éprouva des douleurs dans la région lombaire. La fièvre de suppuration eut lieu du huitième au dixième jour; aujourd'hui, la desquamation est presque complète. Mais ce jeune homme ressent encore une douleur dans la région lombaire, douleur qui s'étend depuis la dernière vertèbre dorsale jusque vers le coccyx, se manifeste au moindre mouvement, et augmente à une légère pression ou lorsqu'on promène le long de la colonne vertébrale une éponge imbibée d'eau chaude. L'abdomen est souple, non tuméfié, sauf à la région hypogastrique où une légère élévation accompagnée d'un son mat, indique que la vessie est pleine, et en effet, cet homme déclare

qu'il n'a pas uriné depuis huit jours : il faudra donc le sonder. Les extrémités inférieures ne sont le siége d'aucune douleur, mais il ne peut imprimer aucun mouvement au pied droit et remue très-peu le pied gauche; la sensibilité est normale dans les deux extrémités. Il existe de la toux, mais l'examen de la poitrine n'offre rien de particulier.

Il est évident, dit M. Aronssohn, qu'on ne m'a pas donné ce malade pour l'affection de la peau qui a maintenant parcouru toutes ses phases, mais bien pour la maladie qui le retient encore à l'hôpital. Cette maladie siège évidemment dans la moelle épinière; voyons donc quelles sont les affections de la moelle susceptibles de donner lieu aux symptômes que nous venons d'observer. Est-ce une myélite? M. Aronssohn parcourt ses signes, soit pendant sa période d'inflammation, soit lorsqu'il existe un ramollissement, et fait voir qu'ils ne se rapportent nullement au cas particulier. Il discute avec sagacité les différentes formes de ramollissemens, les cas dans lesquels on a trouvé la pulpe diffluente, imprégnée de pus ou offrant des abcès dans différens points de son étendue, ainsi que les épanchemens séreux qui surviennent à la suite de l'inflammation du tissu cellulaire ambiant ou qui ont lieu sans inflammation. Il s'arrête quelque temps à l'apoplexie spinale, qui peut se faire au centre ou dans quelque portion circonscrite de la moelle et qui est immédiatement suivie de paralysie. Quand il y a épanchement, il y a perte de la sensibilité et de la motilité; mais une seule de ces deux fonctions peut être lésée, si l'épanchement s'est fait dans les cordons postérieurs ou dans les cordons antérieurs de la moelle. M. Aronssohn rappelle à ce sujet les expériences de Bell et de Magendie; or, ce malade offre un exemple de

paralysie partielle, puisque la motilité est presque totalement détruite, tandis que la sensibilité existe encore; cette paralysie est survenue instantanément le huitième jour, on pourrait donc croire qu'il existe un épanchement sanguin dans les cordons antérieurs de la moelle; mais l'apoplexie spinale n'est pas précédée de douleurs, et ici, la douleur s'est montrée dès le début et a précédé de huit jours la paralysie. Il existe une affection qui donne lieu à des douleurs dès le début, douleurs que réveille la plus légère pression, c'est l'inflammation des méninges spinales, maladie qui s'accompagne toujours de fièvre; or, chez ce jeune homme le pouls est à 110, il est petit, tendu, intermittent. Mais ici comment expliquer la paralysie? On ne peut plus admettre d'épanchement séreux, puisque cet épanchement, s'il existait, comprimerait le cordon médullaire dans toute sa circonférence et donnerait lieu à une paralysie complète. Mais si nous nous rappelons que l'inflammation peut se terminer par exsudation, c'est-à-dire par la production d'une lymphe plastique, nous pourrons arriver au diagnostic de la maladie qui nous occupe; c'est en effet, ce qui a eu lieu chez cet homme: il a été affecté d'une méningite spinale, nous l'avons prouvé par voie d'exclusion et par la nature des symptômes; cette méningite s'est terminée par exsudation; la lymphe qui s'est déposée à la partie antérieure de la moelle, a comprimé l'origine des nerfs qui président au mouvement, d'où est résultée la suspension de la motilité.

M. Aronssohn s'occupe ensuite de rechercher quel rapport de causalité la méningite spinale peut avoir avec la variole. Ici on ne peut admettre de métastase, puisque l'affection de la peau a parcouru toutes ses périodes; mais une maladie qui surgit est accompagnée d'une réaction

plus ou moins vive, surtout quand il existe un principe morbide; on peut donc très-bien rattacher à la variole cette méningite spinale ; chose d'ailleurs qui n'est pas nouvelle, puisque déjà Sydenham et Rhazès comptaient au nombre des symptômes de la variole une douleur dans un point de la moelle épinière.

Cette maladie est très-grave; l'inflammation n'est pas terminée, puisqu'il y a encore de la douleur et un état fébrile; elle pourra s'étendre, la paralysie deviendra complète et la fièvre épuisera le malade.

Le traitement antiphlogistique est encore indiqué, mais il ne peut être employé dans toute sa rigueur; on se bornera à des saignées locales, répétées tous les deux ou trois jours; on préférera les ventouses scarifiées aux sangsues. On cherchera en même temps à dissiper le produit de l'inflammation en employant les mercuriels. On donnera, par exemple, 2 ou 3 grains de calomel toutes les trois heures, en alternant avec les émissions sanguines. M. Aronssohn présente sur le calomel d'excellentes considérations pratiques, et fait voir toutes les ressources qu'un médecin habile peut tirer d'un même médicament. Si la maladie ne cédait pas à ce traitement, il aurait recours à d'autres substances qui ont aussi la propriété d'activer l'absorption, telles que les antimoniaux ou l'arnica. M. Aronssohn termine par quelques mots sur les dangers du séjour prolongé de l'urine dans la vessie et sur la nécessité de sonder souvent le malade ou même de placer une sonde à demeure.

Le second malade, présenté à M. Aronssohn, est une jeune femme de vingt-trois ans, d'une constitution délicate, affectée d'une toux habituelle depuis l'âge de six ans, et qui a sevré son enfant, il y a quatre mois, parce que,

pendant la lactation, elle a plusieurs fois craché le sang. Elle fut prise, il y a huit jours, de frissons et d'une douleur lancinante sous la mamelle droite; le lendemain, on la saigna, et on lui appliqua 20 sangsues sur le point douloureux. M. Aronssohn décrit l'état actuel de cette femme, il reconnaît qu'elle a été affectée d'une pleurésie, que dans ce moment elle n'a plus qu'une affection catarrhale, mais qu'elle est menacée de phthisie pulmonaire.

En parlant du décubitus, M. Aronssohn explique les dissidences des auteurs sur la valeur de ce symptôme. Lorsque la douleur est vive, au point souvent de ne pas supporter le plus léger contact, le malade se couche sur le côté opposé; mais aussitôt qu'elle diminue, il se couche de préférence sur le côté malade, afin d'éviter par là le mouvement des côtes. M. Aronssohn appelle ensuite l'attention sur une considération très-importante et dont on n'a pas encore parlé, relativement à l'époque où l'épanchement séreux se fait. Lorsqu'on a opéré les détractions sanguines suffisantes pour enlever l'inflammation, et qu'on examine la poitrine immédiatement après, on ne trouve aucun signe d'épanchement; on croit alors que tout danger est passé, mais c'est une grave erreur, l'épanchement se fait plus tard. Le médecin doit donc être prévenu de ce temps d'arrêt qui existe entre la diminution des phénomènes inflammatoires et la production du liquide séreux, afin de se tenir toujours en éveil, et de ne pas croire qu'il a tout fait quand il a combattu l'inflammation. Cette règle, dit M. Aronssohn, est constante pour toutes les séreuses.

Le traitement sera simple, et dirigé seulement contre la bronchite, puisque la pleurésie n'existe plus. Mais cette malade offre un signe fâcheux que les auteurs n'ont pas encore indiqué, du moins à notre connaissance, c'est la

dureté du bruit respiratoire, signe qui indique la présence de tubercules disséminés dans le parenchyme du poumon.

M. Aronssohn, dans ses deux leçons, a fait preuve de connaissances étendues et variées, d'un esprit analytique remarquable et d'excellentes vues pratiques; il a fait voir qu'il possédait à un haut degré deux qualités précieuses, qu'il est assez rare de trouver réunies : Un bon diagnostic et une thérapeutique sage et raisonnée. C'est surtout dans sa seconde leçon, généralement regardée comme une des meilleures du concours, que l'on a pu juger de la sagacité de ce candidat. M. Aronssohn, tout en évitant de faire parade d'une érudition qui aurait été déplacée dans une leçon clinique, a fait voir plusieurs fois qu'il connaissait également bien les écrits des modernes et ceux des auteurs anciens, et qu'il savait les citer à propos, pour appuyer sa propre expérience de celles de ces grands maîtres. Se renfermant strictement dans le cercle qui lui était tracé, ce médecin n'a emprunté à la pathologie que ce qu'il lui fallait pour éclairer son jugement sur les maladies soumises à son examen. Par la même raison, il n'avait pas à faire de profession de foi médicale; s'il s'est montré organicien dans sa leçon sur l'asthme, c'est qu'en effet cette maladie, par suite des progrès du diagnostic dans ces derniers temps, reconnaît le plus souvent pour cause une lésion organique. Mais nous n'en concluerons pas que M. Aronssohn est *toujours* organicien, comme nous ne dirons pas non plus qu'il n'appartient à aucun système.

M. Aronssohn fait partie de cette école moderne qui prend tous les jours plus de consistance, et qui, tout en conservant la tradition des pères de la médecine, sait tenir compte des progrès que la science fait chaque jour, et se borner à l'observation rigoureuse des faits; méthode plus

rationnelle que toutes les doctrines exclusives, puisqu'elle embrasse tous les élémens qui peuvent servir à résoudre le problème difficile de la nature des maladies.

M. Aronssohn a parlé avec simplicité, et a exposé ses idées avec ordre et clarté; mais nous avons trouvé par fois son débit un peu lent; ses phrases, coupées par des pauses trop fréquentes, ôtaient souvent à sa diction, d'ailleurs pure, ce qu'elle pouvait avoir d'attrayant. Cependant, quoiqu'il n'ait pas eu cette verve entrainante qui enlève des applaudissemens, quoiqu'il n'ait pas revêtu son langage de ces ornemens qui donnent du charme aux choses même les moins importantes, M. Aronssohn n'en a pas moins captivé l'attention de ses auditeurs, parce qu'il a su les instruire.

M. STOEBER.

M. Stœber a eu pour premier malade un des cas les plus compliqués et les plus difficiles qui puissent se rencontrer. C'était une femme âgée de quarante-deux ans, malade depuis l'âge de dix-sept. Sa maladie a commencé par de la toux et de fréquentes épistaxis. Plus tard, elle éprouva des palpitations, des douleurs dans la région du cœur, dans la colonne vertébrale, dans l'estomac, dans le bas-ventre; elle eut plusieurs hématémèses; puis elle fut sujette à des constipations opiniâtres, à une grande dyspnée, à une toux sèche ou accompagnée d'une expectoration légèrement sanguinolente. Aujourd'hui, cette fille présente encore une grande variété de symptômes qui semblent se rattacher à des lésions d'organes différens. M. Stœber parcourt les divers appareils et expose avec précision et clarté le résultat de son examen.

La percussion de la poitrine donne un son sonore, le

bruit respiratoire s'entend bien partout ; il n'existe ni râle, ni pectoriloquie ; les battemens du cœur sont très-fréquens (130), tumultueux, et s'entendent jusque sous l'omoplate du côté droit ; on ne perçoit aucun bruit anormal. Langue nette, soif, pas d'appétit, vomissemens assez fréquens. Une diarrhée abondante a succédé à la constipation ; ventre sensible, météorisé, rien de particulier du côté du foie, ni de la rate. La partie moyenne de la colonne vertébrale est le siége d'une douleur fixe qui augmente à la pression. Il existe de la céphalalgie, des bourdonnemens d'oreilles, des fourmillemens dans les membres inférieurs, quelquefois des crampes, un amaigrissement remarquable et une grande faiblesse musculaire ; la malade ne peut marcher, mais elle remue facilement ses jambes. M. Stœber recherche si ces symptômes, si discordans, font partie d'affections diverses, ou s'ils peuvent se rattacher à une même cause. Il examine successivement les poumons, le cœur, l'estomac, et rapporte tous les dérangemens qu'ont présentés les fonctions de ces organes, à un trouble des fonctions nerveuses, trouble qui a son siége primitif dans la moelle épinière. Il rappelle les travaux des Anglais sur l'irritation spinale, le système de M. Imbert, et cherche à expliquer par là les désordres nombreux dont il a exposé le tableau ; cependant il croit qu'il existe chez cette femme un commencement de maladie organique de la moelle.

M. Stœber conseille de la traiter par les ventouses, les vésicatoires, le calomel, moyens dont les médecins anglais ont eu à se louer.

Le second malade est un homme de cinquante-six ans, qui, à l'âge de dix-sept ans, fit une chute sur le sacrum, à la suite de laquelle il fut atteint d'une paraplégie complète. Depuis, le mouvement est revenu en partie ;

mais il est resté une incontinence des selles et de l'urine.

M. Stœber expose l'état actuel de cet homme, et fait remarquer un phénomène particulier qui consiste dans l'inégalité de la paralysie du sentiment, c'est-à-dire que certaines parties des membres offrent encore quelque sensibilité. Il paraît, dit M. Stœber, que certains filets nerveux sont paralysés, tandis que d'autres ne le sont pas.

M. Stœber indique le traitement qu'il y avait à faire au début de la commotion, et celui que l'on pourrait encore tenter; mais il prévient que, vu la longue durée de cette maladie, on ne peut plus espérer de guérison.

Dans la seconde épreuve, M. Stœber eut d'abord à parler d'une affection typhoïde dont était atteinte depuis près d'un mois une fille de vingt-sept ans, couturière. Il expose l'histoire de cette malade, et décrit l'état dans lequel elle se trouve actuellement. Ce sujet ayant déjà été traité par deux de ses compétiteurs, M. Stœber déclare qu'il se bornera à exposer ses idées sur cette maladie, afin de motiver son traitement. Suivant ce médecin, l'affection typhoïde ne consiste pas dans une putridité, dans une altération du sang; elle ne consiste pas non plus dans l'ulcération des plaques de Peyer, puisque ces ulcérations manquent souvent. Ici, dit-il, les altérations pathologiques ne sont nullement en rapport avec les symptômes et n'offrent aucune indication thérapeutique.

Les phénomènes morbides que présentent les fièvres typhoïdes, se rattachent tous à un trouble des fonctions du système nerveux. Il suit de là que les divisions qu'on a établies d'après la prédominance des symptômes, ne sont d'aucune utilité pratique, puisqu'au fond c'est toujours le système nerveux qui est primitivement affecté. La fièvre nerveuse constitue deux espèces distinctes, déjà signalées

par J. P. Frank, savoir : l'espèce qu'il appelle *versatilis*, et celle qu'il nomme *stupida*. M. Stœber insiste beaucoup sur cette division, parce que le traitement varie suivant chacune de ces formes. Mais, ajoute-t-il, il est rare que la maladie conserve le même caractère pendant toute sa durée; le plus souvent, la seconde forme succède à la première.

Nous avouerons que nous avons été surpris d'entendre M. Stœber émettre des opinions aussi contradictoires. Qui ne voit que les divisions établies par Frank ne sont autre chose que des périodes du typhus? Ensuite, comment admettre que toutes les formes des affections typhoïdes sont de nature nerveuse, quand nous voyons, dans certains cas, prédominer les phénomènes inflammatoires? S'agit-il, quand on a une maladie semblable sous les yeux, de rechercher quel a été le système primitivement affecté, ne doit-on pas s'en tenir aux désordres fonctionnels qui existent actuellement, et commencer le traitement par combattre ces désordres? Si l'on admettait en principe qu'il faut toujours attaquer la cause prochaine des maladies, on arriverait à des conséquences funestes, et l'on serait conduit à traiter toutes les maladies d'une manière uniforme, suivant la doctrine médicale que l'on aurait adoptée. Ainsi, il est possible que la cause, quelle qu'elle soit, qui produit les affections que nous nommons typhoïdes, exerce primitivement son action sur le système nerveux; mais bientôt celui-ci réagit sur le système circulatoire, qui, à son tour, porte le désordre dans les autres fonctions, et c'est de cette manière que le typhus affecte des formes différentes suivant les individus; c'est ainsi qu'il devient cérébral ou abdominal, putride ou inflammatoire, suivant les prédispositions.

M. Stœber s'est encore montré trop exclusif quand il a

dit qu'il ne tenait aucun compte de la diarrhée, et qu'il la regardait comme une affection secondaire. La diarrhée, quand elle existe, et surtout quand elle est produite par l'ulcération des plaques de Peyer, est si peu un phénomène secondaire, qu'elle est quelquefois la seule cause des symptômes typhoïdes; il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler que, dans certains cas, des diarrhées colliquatives s'accompagnent de sécheresse de la langue, de fuliginosité et de trouble dans les fonctions cérébrales, symptômes que nous rattachons à la maladie dont il est ici question.

Pour revenir au cas particulier qui fait le sujet de la leçon de M. Stœber, nous dirons que ce candidat, après avoir tracé la marche ordinaire de cette affection, porte sur sa malade un pronostic favorable, et indique quel serait le traitement qu'il adopterait. Il commencerait, s'il y avait lieu, par les antiphlogistiques ou les vomitifs; il chercherait à porter à la peau, par des lotions excitantes et des boissons diaphorétiques; enfin, il emploierait les toniques, les stimulans diffusibles ou les antispasmodiques, suivant la nature des symptômes prédominans.

Quant aux vésicatoires, il conseille avec raison de ne pas les appliquer dans la période d'excitation. Pour le cas spécial qu'il a à traiter, M. Stœber prescrirait une infusion de valériane et de serpentaire de Virginie.

Nous ne terminerons pas cette revue sans faire remarquer, que, quoique trois candidats aient eu à parler de l'affection typhoïde, aucun d'eux n'a abordé la question de la contagion, question importante cependant à examiner, et que M. Bretonneau résout affirmativement dans une notice publiée sur ce sujet et qui commence par ces paroles remarquables : « La dothinentérie est contagieuse;

à Paris, elle est contagieuse; nulle part elle n'est plus fréquemment contagieuse. » .

Le second malade échu à M. Stœber était un homme asthmatique, affecté, depuis douze jours, d'un érysipèle à la face, ambulant et vésiculeux. Après avoir dit ce qui concerne son malade, ce candidat s'arrête trop long-temps à la description de l'érysipèle en général, il indique toutes les formes qu'il peut affecter, ses complications, sa marche, ses différentes terminaisons. Il s'arrête également trop aux divers moyens thérapeutiques conseillés dans cette maladie.

M. Stœber, dans cette seconde leçon, est resté bien en arrière de ce qu'il s'était montré dans la première. En effet, il avait fait preuve d'une grande sagacité, d'un tact médical remarquable, en saisissant de suite le siége d'une maladie aussi compliquée, et en pouvant ainsi rattacher à une seule cause les symptômes les plus discordans. Son débit était même par fois animé.

La seconde leçon, au contraire, a été traînante, et on ne reconnaissait plus en lui le même médecin qui s'était montré excellent observateur et bon praticien.

Ici se terminent les deux premières épreuves du concours.

En nous chargeant de cette tâche difficile et délicate, nous avons senti que nous devions être avant tout historiens fidèles. A cet effet, pour ne pas nous en rapporter uniquement à notre mémoire, ou nous borner à des assertions générales, nous avons recueilli avec soin des notes détaillées sur chaque leçon, et nous espérons que l'analyse impartiale que nous en avons donnée, suffira pour éclairer le jugement du public médical.

à Paris, elle est contagieuse; nulle part elle n'est plus fréquemment contagieuse. »

Le second malade échu à M. Stœber était un homme asthmatique, affecté, depuis douze jours, d'un érysipèle à la face, ambulant et vésiculeux. Après avoir dit ce qui concerne son malade, ce candidat s'arrête trop long-temps à la description de l'érysipèle en général; il indique toutes les formes qu'il peut affecter, ses complications, sa marche, ses différentes terminaisons. Il s'arrête également trop aux divers moyens thérapeutiques conseillés dans cette maladie.

M. Stœber, dans cette seconde leçon, est resté bien en arrière de ce qu'il s'était montré dans la première. En effet, il avait fait preuve d'une grande sagacité, d'un tact médical remarquable, en saisissant de suite le siége d'une maladie aussi compliquée, et en pouvant ainsi rattacher à une seule cause les symptômes les plus discordans. Son débit était même par fois animé.

La seconde leçon, au contraire, a été traînante, et on ne reconnaissait plus en lui le même médecin qui s'était montré excellent observateur et bon praticien.

Thèses et argumentations.

Dans le résumé que nous allons donner de chacune des séances qui composent cette troisième épreuve, nous n'entrerons pas dans les détails, nous nous bornerons à indiquer l'esprit de l'attaque et de la défense, en reproduisant, çà et là, quelques-unes des objections les plus importantes. Nous aurions désiré donner une analyse des Thèses, mais cela nous eût mené trop loin; nous nous contenterons de tracer le plan suivi par chaque auteur, afin que le lecteur ait une idée de la manière dont les sujets ont été traités.

M. RISTELHUEBER.

(Séance du lundi 8 février.)

M. Ristelhueber avait pour sujet de Thèse : L'*Appréciation de la méthode expectante et de la méthode perturbatrice dans le traitement des maladies aiguës.*

L'auteur divise son travail en deux parties. Dans la première, il envisage la question d'une manière générale ; il établit ce que l'on doit entendre par méthode expectante et par méthode agissante, et fait voir qu'il est impossible d'assigner à l'une ou à l'autre une limite bien tranchée. Après avoir tracé l'origine de la médecine expectante, ses caractères, ses avantages et ses applications générales, ne pouvant brusquement franchir l'intervalle qui la sépare de la médecine perturbatrice, il entre dans des considérations sur la médecine agissante, et expose les règles qui doivent présider à son application.

L'auteur examine ensuite la médecine perturbatrice, dont il est en général très-peu partisan, et en établit les caractères.

Dans la seconde partie de son travail, M. Ristelhueber applique les principes qu'il a posés au traitement des maladies, et apprécie pour chacune d'elles la valeur de l'une ou de l'autre méthode.

M. Ristelhueber a été argumenté par ses quatre compétiteurs.

M. Stœber lui a reproché de n'avoir pas assez bien spécifié ce qu'il entendait par méthode expectante et par méthode perturbatrice, et d'avoir adopté un plan vicieux. La discussion a roulé, pour ainsi dire, uniquement sur cette

objection fondamentale, et sur l'application des deux méthodes au traitement de quelques maladies.

M. Schützenberger regrette aussi de ne pas trouver dans le travail de l'auteur l'enchaînement des idées qui constitue l'ordre; il se plaint des répétitions qu'on y rencontre, et indique la marche qu'il aurait suivie pour éviter ces répétitions. — M. Ristelhueber s'excuse sur la brièveté du temps, qui ne laisse pas toujours la liberté de choisir le plan le plus convenable.

Après quelques objections de détails, une discussion s'engage sur la force médicatrice de la nature, force que nie M. Schützenberger. Ce candidat reproche ensuite à l'auteur d'avoir mal apprécié la méthode de Currie. — M. Ristelhueber répond très-bien à toutes ces objections; et, quant à la méthode de Currie, il fait observer qu'ici, comme presque toujours, on n'a pas tenu compte des insuccès.

M. Aronssohn reproduit les objections déjà faites par ses compétiteurs sur le plan de la Thèse; il reproche au candidat de n'avoir pas donné de définition, et entre dans une longue discussion sur la valeur qu'il faut donner aux mots médecine expectante, médecine agissante, médecine perturbatrice.

M. Forget commence par féliciter l'auteur d'avoir eu à traiter un sujet qui est le dernier terme de l'expérience en médecine. Il ouvre la discussion par une objection sur la force médicatrice de la nature, qui n'est, suivant lui, qu'un accident. Quand un organe est malade, dit M. Forget, la nature réagit, et cette réaction guérit ou tue, suivant le siége du mal. Entre la nature médicatrice et la nature homicide, il n'y a que l'épaisseur d'une aponévrose. Après ces généralités, M. Forget croit devoir entrer dans des dé-

tails de pharmacologie. Cette partie de la discussion, dans laquelle l'action des médicamens ne nous a point paru suffisamment appréciée, a offert peu d'intérêt. M. Forget s'attache particulièrement à prouver l'incertitude de plusieurs médicamens, tels que l'oxide blanc d'antimoine, le kermès, l'eau de laurier-cerise, etc.

Cette argumentation a été en général peu animée; peu d'objections fondamentales ont été faites. M. Ristelhueber s'est défendu avec succès; et il aurait remporté une victoire complète, s'il avait su mieux encore profiter de ses avantages.

M. STOEBER.

(Séance du vendredi 12 février.)

Le sujet de Thèse dévolu à M. Stœber était: L'*Appréciation des progrès que l'anatomie pathologique a fait faire à la thérapeutique.*

M. Stœber trace d'abord le plan qu'il aurait fallu suivre pour traiter à fond cette question. Il faudrait, dit-il, commencer par jeter un coup d'œil sur l'histoire de la médecine durant les deux derniers siècles; faire voir dans quel état se trouvait la médecine pratique, avant que les recherches anatomo-pathologiques eussent influé sur elle: on passerait ensuite à l'examen de chaque maladie en particulier. Après avoir exposé les recherches anatomo-pathologiques relatives à une affection, on comparerait le traitement conseillé par les auteurs anciens au traitement adopté de nos jours; et, s'ils diffèrent, on tâcherait de déterminer si c'est à l'anatomie pathologique, à l'observation plus précise de la marche de la maladie, à des théories médicales ou à l'empirisme qu'est due cette divergence.

Mais, ne pouvant traiter en si peu de temps un sujet aussi vaste, M. Stœber déclare qu'il se bornera à des considérations sur différens groupes de maladies, ne s'arrêtant qu'aux découvertes anatomo-pathologiques qui ont influé sur les progrès de la thérapeutique. Il parcourt ainsi successivement l'inflammation, l'hydropisie, les fièvres, les maladies de l'encéphale, celles de la moelle épinière et des nerfs, celles des organes des sens, les maladies des organes de la respiration, de la circulation, des organes digestifs, des organes génito-urinaires, les maladies cutanées, et enfin les maladies des organes de la locomotion.

Récapitulant les résultats auxquels ses recherches l'ont conduit, M. Stœber se résume ainsi: « Dans beaucoup de maladies, l'anatomie pathologique ne nous a rien appris; dans d'autres, elle a perfectionné notre diagnostic, et rendu, par là, la thérapeutique plus sûre; dans d'autres, enfin, elle nous a fait connaître la nature de l'affection. Mais, même dans ces dernières, elle n'a agi sur la thérapeutique que par l'intermédiaire de nos théories et de l'expérience. »

M. Schützenberger, tout en rendant justice à l'esprit juste, à la saine critique et à l'érudition qui se font remarquer dans le travail de M. Stœber, reproche au candidat de n'avoir pas traité son sujet d'une manière plus large, plus philosophique, et il expose le plan qu'il aurait fallu suivre. — M. Stœber renvoie M. Schützenberger au commencement de sa Thèse où ce plan est tracé, mais il n'a pas dû le suivre dans un travail aussi restreint que l'est une Thèse de concours. — M. Schützenberger n'en persiste pas moins dans son objection, et signale au candidat plusieurs maladies qu'il a omises. — M. Stœber combat victorieusement toutes ces objections, en prouvant que,

pour les maladies dont il n'a pas parlé, l'anatomie pathologique ne nous a rien enseigné de plus concernant la nature de l'affection, et par conséquent n'a pas éclairé la thérapeutique.

M. Aronssohn reproche aussi à l'auteur de n'avoir pas assez insisté sur les généralités et surtout de ne pas émettre son opinion d'une manière assez précise. — M. Stœber justifie de nouveau la marche qu'il a suivie, et déclare que réellement l'anatomie pathologique a peu fait pour la thérapeutique. — M. Aronssohn parcourt les maladies, et signale de nombreuses omissions; mais son adversaire persiste à dire qu'il ne devait pas en parler.

M. Forget attaque vivement le travail du candidat, en disant qu'il pèche par la base, et que l'auteur aurait dû, avant tout, déclarer ce qu'il entend par anatomie pathologique. Il lui demande ce qu'il est, quelles sont ses opinions médicales? — M. Stœber répond qu'il est empirique rationnel, qu'il admet une lésion des fluides et des solides. — M. Forget : Et les fluides impondérables? — M. Stœber : Ils peuvent être affectés, mais nous ne pouvons en démontrer les lésions. — M. Forget : Mais ce n'est pas à dire pour cela que ces lésions n'existent pas. Vous êtes donc organicien!

M. Forget termine par une objection historique, relative au croup, et par un reproche qu'il adresse à l'auteur de croire que l'existence de l'ulcération des plaques de Peyer n'influe en rien sur l'affection typhoïde.

M. Ristelhueber, comme ses trois compétiteurs, regrette que M. Stœber n'ait pas fait plus de généralités, objection à laquelle le candidat répond en disant qu'il aime avant tout le positif, et que les généralités ne nous apprennent pas grand'chose.

M. Ristelhueber lui demande ensuite pourquoi, dans son introduction, il n'a pas cité d'auteurs français. — M. Stœber répond très-bien qu'il n'a voulu citer que les sommités les plus élevées, et que, pour la science, il n'y a qu'une seule patrie.

Dans cette séance, l'argumentation a été beaucoup plus animée que dans la précédente, les objections ont été plus importantes, mieux posées et mieux discutées. M. Stœber s'est maintenu ferme, répondant à tout avec promptitude et présence d'esprit, aussi aucun de ses adversaires n'est parvenu à lui faire perdre de terrain.

M. SCHÜTZENBERGER.

(Séance du mardi 16 février.)

M. Schützenberger a eu à traiter : De *la Médecine des symptômes considérée sous le rapport théorique et pratique.*

Il commence, dans son introduction, par établir les principes qui devront le diriger dans son jugement. Ces principes se rattachent à la méthode expérimentale, méthode qui se borne à l'observation des faits, qui embrasse tous les élémens d'une maladie, qui est, en un mot, pour la nosologie, ce que la méthode naturelle est pour la zoologie et pour la botanique. L'auteur définit ensuite la médecine des symptômes, et donne la division de son travail. La première partie, consacrée à l'examen de la médecine des symptômes considérée sous le rapport théorique, comprend trois chapitres, qui traitent de la valeur des symptômes pour la détermination, la classification et l'explication théorique des maladies.

Dans la seconde partie, où la médecine des symptômes

est appréciée sous le rapport pratique, l'auteur examine quelle est la valeur des symptômes comme signes pronostiques et comme sources d'indications thérapeutiques.

Nous citerons quelques-unes des conclusions générales qui terminent ce travail:

« La médecine des symptômes, considérée sous le rapport théorique, est frappée d'une impuissance absolue, puisqu'elle ne peut ni déterminer, ni classer, ni interpréter les maladies d'une manière satisfaisante;

« Les symptômes seuls sont insuffisans pour établir un pronostic exact, mais ils forment un des élémens sur lesquels le pronostic doit reposer;

« La thérapeutique des symptômes, prise d'une manière absolue, est incertaine et quelquefois dangereuse;

« Dans un grand nombre de maladies, les symptômes sont l'unique source des indications curatives;

« Dans la plupart des maladies, les symptômes peuvent devenir source d'indications. »

M. Aronssohn commence l'attaque par une objection fondamentale; il reproche à l'auteur de n'être pas fidèle à ses principes et d'aller au-delà de l'observation, puisque, en admettant, comme il l'a fait, des symptômes qui ne se rapportent qu'à une altération vitale, il substitue une entité à ce que l'expérience nous enseigne. — M. Schützenberger cherche à se disculper, en disant que la contradiction n'est qu'apparente, qu'il n'a voulu parler que des lésions qui tombent sous nos sens. — M. Aronssohn pose alors la question plus nettement, et lui demande s'il pense que les propriétés vitales puissent être malades sans les organes. — M. Schützenberger, sans répondre directement à la question, déclare qu'il ne veut pas faire de théorie, qu'il se borne à constater les faits. — Mais son adversaire

ne se contente pas de cette réponse évasive; il veut savoir s'il existe des maladies purement vitales, et si, dans le traitement d'une maladie quelconque, on s'adresse aux propriétés vitales ou aux organes. — M. Schützenberger recule devant une explication théorique. — M. Aronssohn, pour fermer une discussion qui a absorbé la demi-heure presque entière, déclare, que chaque fois qu'on donne un remède, on agit sur un organe. Après quelques autres objections, M. Aronssohn demande si l'auteur ne fait pas de distinction entre la médecine symptomatique, qui consiste à combattre symptôme par symptôme, et celle qui attaque certains groupes de symptômes? Une discussion intéressante s'engage à ce sujet, mais le temps ne permet pas de l'achever.

M. Forget reproche au candidat d'avoir fait une Thèse disparate; et d'abord, il cherche à prouver que son introduction était inutile, que le dogmatisme pur n'existe pas, que l'homœopathie ne mérite pas qu'on en parle sérieusement; puis il accuse le candidat d'avancer un sophisme, quand il dit que l'homme est obligé de choisir entre deux procédés contraires. Suivant M. Forget, l'homme ne choisit pas; il naît ce qu'il doit être. — A toutes ces objections qui se succèdent rapidement, M. Schützenberger répond avec vigueur, et renvoie à son adversaire les sophismes qu'il lui reproche. — M. Forget veut qu'en médecine on procède, comme dans les sciences exactes, du connu à l'inconnu. Un seul fait, dit-il, a suffi à Newton pour trouver le système du monde. — M. Schützenberger: Oui; mais, en médecine, un seul fait ne suffit pas, et la marche que vous signalez est vicieuse.

M. Forget se plaint ensuite que l'auteur n'ait pas accordé assez de valeur aux symptômes (p. 33). Il dit que,

dans beaucoup de cas, les symptômes suffisent pour déterminer une maladie. — M. Schützenberger répond, qu'il ne s'agit pas ici de la détermination des maladies, qu'il est question de théorie, et qu'évidemment les symptômes seuls sont insuffisans.

Nous passons une foule d'objections de détail; nous dirons seulement que cette argumentation a été très-animée de part et d'autre, et que l'avantage en est resté à M. Schützenberger.

M. Ristelhueber commence par féliciter le candidat, et par l'engager à persister dans la voie qu'il a suivie jusqu'à présent. Ses objections portent d'abord sur le sens que l'auteur a donné au mot *dogmatisme;* il croit que la méthode dogmatique est celle à la tête de laquelle se trouvait Hippocrate, et que l'auteur aura voulu parler du *systématisme.* — M. Schützenberger définit ce qu'il entend par dogmatisme: il est d'accord, pour le fond, avec M. Ristelhueber. Le reste de la discussion n'a rien de bien saillant.

M. Stœber commence par déclarer, qu'ayant les mêmes opinions médicales que le candidat, il ne lui fera pas d'objections sur le fond de sa Thèse. Son argumentation portera sur trois points capitaux; il se propose de démontrer: 1° Que l'auteur ne reste pas toujours fidèle à sa méthode; 2° qu'il altère quelquefois les doctrines opposées aux siennes; 3° qu'il n'accorde pas toujours le même sens aux mots médecine symptomatique.

« Vous admettez une force vitale; et vous dites, à la page 32, que c'est une hypothèse; c'est donc votre hypothèse qui est malade? Vous avez été au-delà des faits, au-delà de ce que nous apprend l'expérience. — M. Stœber s'attache ensuite à prouver que l'auteur a tort de vouloir

élaguer les termes convulsions, apoplexie; que ces mots nous sont nécessaires, puisque nous ne pouvons pas toujours distinguer les maladies qu'ils représentent. — Vous allez encore au-delà des faits, en disant que la cause des apoplexies hémorrhagiques est purement mécanique; car, dans certains cas, il n'existe qu'un très-petit foyer apoplectique. — Après quelques autres observations, M. Stœber développe, en parcourant la Thèse, la deuxième et la troisième objection générale qu'il avait posées en commençant. Toutes ces objections sont présentées nettement, avec la plus grande précision, et de manière à obliger le candidat à répondre directement.

Aussi, M. Schützenberger a-t-il été moins heureux qu'avec ses autres compétiteurs: la victoire est évidemment restée à M. Stœber.

M. ARONSSOHN.

(Séance du samedi 20 février.)

Appréciation des progrès récens du diagnostic. Tel est le titre de la Thèse que M. Aronssohn avait à défendre dans cette séance. Nous allons d'abord, suivant notre habitude, en donner une courte analyse.

Dans son introduction, l'auteur indique les conditions nécessaires pour arriver à une séméiotique sûre.

Ces conditions sont une connaissance exacte: 1° De la structure des organes et des changemens dont cette structure est susceptible; 2° des fonctions auxquelles chaque organe préside ou qu'il exécute; 3° de l'appréciation clinique des troubles fonctionnels, en tenant compte des causes qui les ont provoqués; 4° de l'investigation directe de ces lésions par des moyens physiques et chimiques.

L'auteur développe ces quatre sources de diagnostic, et fait voir comment elles ont contribué au progrès de la science.

Il examine ensuite d'une manière générale, dans autant de sections particulières, les maladies du système cérébro-spinal, celles des organes thoraciques, celles des organes abdominaux. Ce travail est terminé par un vaste tableau synoptique, exposant d'une manière très-détaillée le diagnostic des affections du poumon et de la plèvre. Ce tableau présente les lésions anatomiques, les signes anciens mieux appréciés, les signes nouveaux, les causes d'erreur et le diagnostic différentiel. C'est un bon résumé, qui pourra être utile non-seulement aux élèves, mais encore aux praticiens.

Passons maintenant à l'argumentation.

M. Forget reproche au travail de l'auteur beaucoup de lacunes. Vous auriez dû parler des altérations du sang, du moins pour examiner si la chimie pathologique nous a été utile. — Je ne devais parler que des progrès réels du diagnostic, et je vous prie de me dire quelle est la maladie que les altérations du sang nous ont mieux fait connaître. — Et la phlébite? vous n'en dites pas un mot. — La phlébite n'est pas une maladie nouvelle. — M. Forget cite ensuite la gravelle, la goutte, la cardite, la gastrite, la péritonite puerpérale, comme omises par l'auteur.

M. Aronssohn se justifie en disant qu'il ne devait pas parler de ces maladies. — M. Forget passant aux détails, demande en quoi les travaux de MM. Abercrombie et Andral ont éclairé les maladies de l'encéphale? Ils ont, au contraire, tout détruit, tout renversé; et loin d'avoir fait avancer la science, ils l'ont fait rétrograder. Depuis la publication des ouvrages de ces messieurs, il est impossible

de s'y reconnaître. — M. Aronssohn répond : Quoi qu'on en dise, les travaux de ces médecins ont fait réellement avancer la science, puisqu'ils ont rectifié des opinions erronées, et que le progrès consiste aussi bien à détruire ce qui est faux qu'à trouver des choses nouvelles. — Après quelques autres objections, M. Forget demande s'il est si difficile de distinguer les maladies du cœur. Suivant lui, elles sont aussi claires que celles du poumon, l'erreur est presque impossible. — M. Aronssohn soutient un avis opposé, et dit, qu'en cela sa propre expérience s'accorde avec celle de la plupart des praticiens. — M. Forget termine par quelques remarques sur le sphygmomètre, qu'il regarde comme un instrument détestable. — M. Aronssohn dit au contraire l'avoir trouvé utile dans certains cas.

M. Ristelhueber reproche à l'auteur de n'avoir pas assez fait de généralités. — M. Aronssohn le renvoie aux différentes sections de sa Thèse, qui commencent toujours par des généralités. — M. Ristelhueber ajoute, qu'il aurait voulu que l'auteur envisageât son sujet de plus haut et qu'il parlât des maladies chirurgicales. — La discussion roule ensuite quelque temps sur le mot créateur, que M. Ristelhueber trouve impropre. — M. Aronssohn répond que, lorsqu'un médecin découvre un nouveau signe, il en est le créateur; car un signe n'existe pas par lui-même, mais seulement quand il est provoqué. — M. Ristelhueber revient sur une objection déjà faite par M. Forget, relative au diagnostic des maladies de l'encéphale. Il trouve aussi qu'il n'y a pas de progrès, puisqu'au contraire on est moins avancé qu'auparavant; puis il demande, si réellement l'inflammation des méninges ne peut pas exister sans lésion concomitante du cerveau.

Cette grande question, résolue négativement par les

auteurs les plus récens, est quelque temps débattue par les deux interlocuteurs, M. Aronssohn répond, qu'il ne peut y avoir rien d'absolu, et que cela dépend du degré de l'inflammation. — M. Ristelhueber affirme que cette maladie peut exister isolément. Et quand le candidat lui demande s'il admet le délire sans lésion du cerveau, M. Ristelhueber ne répond pas à cette question; mais, passant à un autre point, il reproche à l'auteur d'avoir mal décrit le *delirium tremens.* — M. Aronssohn fait observer qu'il n'a pas voulu décrire cette maladie, que c'est à dessein qu'il a interverti l'ordre des périodes, afin de faire voir d'une manière frappante, combien il est important pour le diagnostic d'avoir égard à la succession des symptômes.

M. Stœber reproche à l'auteur de n'avoir indiqué que vaguement les causes de progrès du diagnostic, et de ne pas avoir rattaché ces progrès à l'influence des systèmes. — M. Aronssohn répond, que les systèmes n'avancent pas le diagnostic. — M. Stœber cite pour exemple le système de M. Broussais; du reste il abandonne son objection, et demande à l'auteur s'il croit que les fonctions d'un organe ne nous font pas mieux connaître ses maladies que sa structure et les lésions anatomiques qu'il peut éprouver. — M. Aronssohn répond que les trois conditions sont nécessaires. — M. Stœber, comme ses compétiteurs, attaque l'auteur sur les assertions qu'il a émises, relativement aux maladies du cerveau, et reproduit les objections qui ont déjà été faites, tant sur cet alinéa que sur le *delirium tremens;* puis il reproche à M. Aronssohn ne ne pas avoir parlé en détail de l'apoplexie, et d'avoir omis de mentionner les recherches de M. Martinet sur la névrite. — M. Aronssohn répond, que nous n'en savons pas plus que nos prédécesseurs, sous le rapport du diagnostic.

Les objections de M. Schützenberger portent généralement aussi sur les maladies de l'encéphale. Une discussion très-vive s'engage à ce sujet.

M. Schützenberger prétend qu'on peut distinguer l'encéphalite de la méningite, et savoir lequel des deux organes a été enflammé le premier. Les deux candidats parlent ensemble; il est impossible de suivre la discussion. M. Schützenberger reproduit ensuite, lui troisième, l'objection concernant le passage où M. Aronssohn parle du *delirium tremens;* puis, passant aux organes thoraciques, il discute quelques-uns des signes des maladies du cœur.

Cette argumentation a été en général beaucoup plus vive que toutes les précédentes; nous avons cru même remarquer un peu trop d'âpreté dans l'attaque. La défense, au contraire, a été modérée. M. Aronssohn a répondu avec succès à toutes les objections, et ne s'est laissé entamer sur aucun point de sa Thèse.

M. FORGET.

(Séance du mercredi 24 février.)

Cette séance, dans laquelle le résultat du concours devait être proclamé, avait attiré un auditoire plus nombreux encore que les précédentes. Long-temps avant l'ouverture de la séance, la salle était comble.

M. Forget avait eu, pour sujet de Thèse, à traiter des *Indications thérapeutiques tirées des sécrétions et des exhalations.*

Ce travail étant très-étendu, nous ne pourrons en donner qu'une idée très-superficielle. L'auteur y fait profession d'un humorisme, qu'il appelle régénéré; non plus, dit-il, de cet humorisme exclusif, créé par l'imagination des an-

ciens, mais bien de cet humorisme rationnel, sanctionné par l'observation, éclairé des lumières d'une physiologie positive.

Le premier chapitre est consacré à des notions préliminaires sur les exhalations et les sécrétions. Dans le second, l'auteur entre en matière. Il considère l'ensemble des altérations sécrétoires comme une simple unité morbide dont il aurait à faire l'histoire, et traite successivement des indications thérapeutiques tirées du siége, de l'anatomie et du produit normal de l'organe sécréteur, des causes, des altérations de sécrétion, de leurs symptômes, de la marche, de la durée et de la terminaison de ces altérations, de leur diagnostic et de leur pronostic. Il ne fait pas d'article à part pour le traitement, mais il le rattache aux divers chefs que nous venons d'énoncer, afin, dit l'auteur, que le lecteur puisse trouver l'indication thérapeutique à côté du phénomène morbide qui la réclame.

M. Ristelhueber, le premier argumentateur, commence par adresser à M. Forget quelques paroles d'estime, auxquelles celui-ci se montre d'autant plus sensible, dit-il, qu'il est *exilé*, et que d'ordinaire les *exilés ont peu d'amis*. Rien de mieux sans doute et de plus pittoresque que ce salut militaire, échangé entre deux anciens représentans de nos chirurgies de terre et de mer. Mais M. Forget s'est-il cru en vérité transporté à *Botany-Bay* ou en *Sibérie*, en se disant exilé dans un pays où certes l'hospitalité et les amis ne lui ont pas fait défaut? Nous lui supposons trop bon goût pour croire qu'il ait voulu parler sérieusement. Après cet exorde, M. Ristelhueber aborde son sujet, et se plaint de ne pas trouver de spécialités pratiques dans la Thèse de son compétiteur. Il lui demande si l'humorisme dont il fait profession, est l'humorisme régénéré? Il fait

observer que de tout temps les médecins non exclusifs ont tenu compte de l'altération des liquides; il ne voit donc pas pourquoi l'auteur accepte cette mission. — M. Forget répond qu'il n'y a rien d'exclusif dans sa Thèse, qu'il regarde seulement la chimie pathologique comme une voie de progrès. — Nous ne rapporterons pas les autres objections présentées par M. Ristelhueber; nous dirons seulement que, de part et d'autre, la discussion a été très-modérée.

M. Stœber entre de suite en matière, et objecte tout d'abord à l'auteur qu'il n'est pas partisan de l'humorisme; il ajoute que cette doctrine n'est pas nouvelle, que ce n'est donc pas de l'humorisme régénéré; il apprend à M. Forget qu'il est éclectique. — M. Forget nie cette assertion; mais M. Stœber lui lit un passage de sa Thèse (page 9), qui prouve au moins que s'il n'est pas éclectique, il n'est pas non plus humoriste. Ce médecin s'attache ensuite à démontrer, en citant Stoll, Richter, Hufeland, que cet humorisme n'est pas régénéré, et que cette doctrine médicale, qu'on dit nouvelle, avait déjà cours en Allemagne dans le siècle dernier. — M. Forget, sans répondre directement à cette objection, dit qu'il a voulu simplement établir la différence qu'il y a entre l'humorisme actuel et celui des anciens, qu'il n'a eu en vue que la médecine française. — M. Stœber réplique: « La science n'est pas bornée à un seul pays, et c'est en médecine surtout qu'on peut dire qu'il n'y a point de barrières. »

La discussion roule ensuite sur l'emploi du mercure dans la méningite. M. Stœber dit que l'auteur a exagéré le danger de son administration dans cette maladie, puisqu'au contraire on a observé que, lorsque le malade salive, il est sauvé. Les autres objections de M. Stœber

portent principalement sur l'usage de la saignée dans les maladies virulentes, sur l'assertion des médecins qui veulent traiter les inflammations sèches, telles que le croup, par des boissons délayantes, et sur les antiseptiques, qu'il reproche à M. Forget d'avoir dédaigné à tort en sa qualité d'humoriste.

M. Schützenberger commence par une objection de physiologie. Il demande si l'absorption n'existe pas tout aussi bien dans le mouvement de décomposition que dans celui de composition. — M. Forget, après quelque hésitation, répond qu'il a été obligé de placer la nutrition dans le mouvement de composition. — Après cette discussion qui a été longue, M. Schützenberger a parlé des sympathies; puis l'argumentation a roulé sur des objections de détail qui n'ont offert que peu d'intérêt.

M. Aronssohn aborde des questions pratiques. Emploieriez-vous le mercure doux dans l'hydrocéphale? — Oui, sans doute. — Vous ne craindriez pas la salivation? — Non, à cause de la gravité du mal. — Est-ce seulement à cause de la gravité du mal, ou bien ne connaissez-vous pas d'autre raison? — La question posée de cette manière était embarrassante. M. Forget, n'y répondant pas : c'est, dit M. Aronssohn, parce que les enfans ne salivent pas. Il s'engage alors une discussion très-vive.

Ici, nous avons à signaler une interruption fâcheuse, que nous déplorons d'autant plus vivement que jusqu'à ce moment l'ordre des séances n'avait point été troublé; nous avons été peinés de voir que, sans respect pour la voix du doyen, les interrupteurs aient renouvelé leur bruit dans le reste de cette argumentation, qui s'en est évidemment ressentie. M. Aronssohn a persisté à poser des questions de thérapeutique spéciale, auxquelles M. Forget

a toujours refusé de répondre, alléguant qu'elles sortaient de son sujet.

La demi-heure écoulée, M. le président suspend la séance; le jury se retire dans la salle des délibérations. Au bout de deux heures, il rentre, et annonce, par l'organe de son président, que M. Forget, ayant obtenu la majorité des suffrages, est promu à la chaire de clinique interne.

FIN DU DEUXIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME,

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

